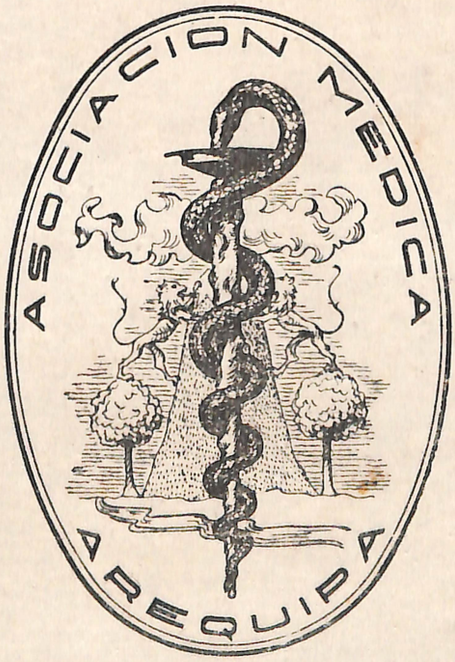
REVISTA MEDICA

DE

AREQUIPA

ORGANO DE LA

ASOCIACION MEDICA DE AREQUIPA



VOL III Nos. 1 Y 2

ABRIL — AGOSTO DE 1952

EST. GRAF. LA COLMENA, S. A.

AREQUIPA - PERU

HORMOSTERONE

LUSA

- HIPOGONADISMO
- CLIMATERIO MASCULINO
- IMPOTENCIA
- ARTERIOPATIAS

UN PRODUCTO LUSA

PRESENTACION

Ampollas de 1 cc. conteniendo 10 mg. de Propionato de Testosterona y 50 mg. de Alfa - Tocoferol, para aplicación intramuscular. Cajas de 3 ampollas.

Cardio Khellin

LUSA

Angina de Pecho
Infarto del Miocardio
Litiasis Ureteral
Asma Bronquial

UN PRODUCTO LUSA

PRESENTACION

Frasco de 25 comprimidos conteniendo cada uno 25 mg. de 2 metil - 5,8 dimetoxi - 6 - 7 - furanocromona.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Nuevo!

SUPRONAL

Combinación de 2-(p-aminobenzolsulfonamida)-4 metilpirimidina y 4-aminobenzolsulfotiocarbamida, Sal de la 4 aminometilbenzulfonamida. —

Garantiza
altas concentraciones del medicamento en el foco de infección a causa de su máxima afinidad tisular.

De gran eficacia en las

Septicemias-Infecciones por aerobios, anaerobios y mixtas.
En la meningitis y erisipela...

Tubo de 20 tbl. de 0.5 g.
Cajas de 5 amp. de la Sol. al 40%
(1 amp. = 2 g.)

BAYER

»*Bayer*« Leverkusen, Alemania

Representantes exclusivos

SOCOLAN S.A.

Pasaje Encarnación 115-5º piso.- Tel. 34376
LIMA-PERU

Biblioteca
Enrique Encinas
Hospital Victor Larco Herrera

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Aire para sus Pulmones

LABORATORIOS

Abeefe S. A.

Iniciadores de la Industria Farmacéutica Nacional desde 1824

AVENIDA ARICA 841

LIMA - PERU

ANTIBIOTICOS "ERBA"

QUEMICETINA

"Erba"

JARABE

COMPOSICION: Cloramfenicol estearato levógiro gr. 4.55 igual a gr. 2.5 de cloramfenicol levógiro poliossietilen sorbitano mono-oleato gr. 5 en suspensión; jarabe aromatizado hasta gr. 100.

FRASCO E 80 GR.

INDICACIONES: Infecciones producidas por gérmenes gram-negativos (tifoidea, brucelosis, infecciones por b. coli. coqueluche, etc.) Rickettsiosis, algunas infecciones por virus.

DOSIS: Según prescripción médica.

Carlo Erba

99 años de prestigio mundial en el campo quimico-farmaceutico.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

TONICO
PULMO-SAN

Simple y

Compuesto con Creosota y Guayacol

Constituyente y Espectorante indicado para la Convalecencia de afecciones

PULMONARES Y BRONQUIALES

Rico en:

EXTRACTO DE MALTA, HIERRO, HIPOFOSFITOS DE POTASIO,

CLACIO, MAGNESIO Y QUININA

Recomendado por los Laboratorios PORTUGAL

ANTIGUA BOTICA DEL PUEBLO

FUNDADA EN 1864

Stock permanente de especialidades

Nacionales y Extranjeras.

PREPARACION GARANTIZADA DE RECETAS - ATENCION ESMERADA

SAN JUAN DE DIOS 200

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

CICLOSTERONA

LUSA

RAPIDO Y PRACTICO TRATAMIENTO DE LAS AMENORREAS

UN PRODUCTO LUSA

Presentación

Ampollas de 1 c.c. conteniendo 10 mg. de Progesterona y 2 mg. de estrona natural, pa a aplicación intramuscular, en cajas de 3 ampollas.

Frascos ampollas de 5 c.c. contenien'o 10 mg. de Progesterona y 2 mg. de Estrona natural por c.c., para aplicación intramuscular.

LUTOSTERONA

LUSA

- **FAVORECEDOR DE LA GESTACION**
- **ABORTO**
- **DISMENORREA**
- **meno METRORRAGIA**

UN PRODUCTO LUSA

Presentación

Ampollas de 1 c.c. conteniendo 25 mg. de Progesterona y 30 de Alfa - Tocoferol (Vitamina "E"), en cajas de 3 ampollas.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REVISTA MEDICA DE AREQUIPA

Vol. III Abril - Agosto 1952 No. 1 y 2

CASILLA 84
AREQUIPA - PERU
PUBLICACION CUATRIMESTRAL DE LA ASOCIACION MEDICA DE AREQUIPA

CUERPO DE REDACCION

Dr. Jorge Becerra de la Flor. Director

Dr. José Eguren Cáceres. Secretario

Dr. Manuel Delgado Arenas. Tesorero

Dr. Javier Llosa García

Dr. Carlos Neuenschwander L.

Dr. Felix Lazo Taboada

Dr. Guillermo Ballón Landa.

Corresponsal en Lima:

Dr. Eduardo Ramírez del Villar

COLABORACIONES

Los trabajos que se remitan para su publicación deberán ser escritos a máquina, a dos espacios. Se aceptará solamente el original y no una copia. La bibliografía se sujetará al siguiente orden: nombre del autor título del artículo, nombre del libro o revista, volúmen, página y fecha de publicación.

La revista pagará clichés hasta por el espacio de una página. El exceso será por cuenta del autor. Las fotografías deberán ser nítidas y los cuadros, tablas, etc., dibujados con tinta negra en papel blanco. Toda ilustración deberá ser enviada con el nombre del autor en el reverso. Las separatas serán por cuenta del autor. No se públicará colaboraciones anónimas. La sección Miselanea aceptará para su publicación cualquier relato corto que se considere de interés para los médicos.

SUMARIO

TRABAJOS

Cancer primario del cuerpo del pancreas con sintomatología poco común.

Dr. Guillermo Ballón Landa 1

Tumor Glómico.

Dr. Jorge Becerra de la Flor 4

Trastornos funcionales asinérgicos de la contracción uterina. Sindrome de Schickele.

Dr. José Eguren Cáceres 9

EDITORIAL.

El problema del Hospital Goyeneche 12

COMENTARIOS.

Comentario del Informe de la Comisión encargada de estudiar y proponer las condiciones más adecuadas para la Organización de las Prestaciones y Servicios Médicos del Seguro del Empleado 13

Informe de la Comisión 14

MEDICINA AL DIA.

Sindrome de Adaptación.

Dr. William Sodeman 17

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE AREQUIPA 20

REVISTA DE REVISTAS 21

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Enrique Ferreyros & Cia. S. A.

SECCIÓN DROGAS

Representantes de G. D. Searle & Co.
Chicago EE. UU.

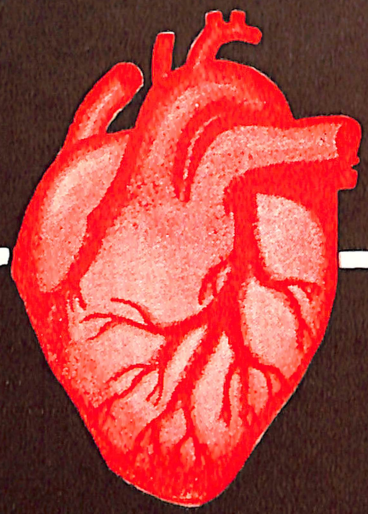
Fabricantes de preparaciones éticas
desde 1888

Ponen a disposición del honorable cuerpo médico sus preparados:

KETOCHOL
PAVATRINE

Muestras y literatura sírvase solicitarlas en nuestras oficinas de Ejercicios 115 - Teléfono 3412

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera



Hipotensor

VIRINITRO

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

VIRINITRO

"SANITAS"

Moderno hipotensor arterial.

Cada tableta contiene:

Alcaloides del Veratrum Viride	1 mgr.
Hexanitrato de manitol	30 „
Fenobarbital	15 „

LOS ALCALOIDES DEL VERATRUM VIRIDE CONSTITUYEN EN EL MOMENTO ACTUAL EL MAS EFECTIVO HIPOTENSOR.

- Actúan produciendo vasodilatación marcada en las arteriolas de la región esplácnica, músculos esqueléticos y piel.
- Reducen la tensión arterial a un valor compatible con la actividad del miocardio, evitando los accidentes derivados de la hipertensión en el cerebro y corazón.

VIRINITRO CONTIENE UN HIPNOTICO A DOSIS MODERADA, QUE PERMITE DISMINUIR LA EXCITABILIDAD DEL HIPERTENSO.

La dosis inicial de VIRINITRO deberá ser 1 tableta, tres veces al día, de preferencia con los alimentos. Si no se obtuviera baja tensional apreciable, se deberá aumentar la dosis hasta 1 tableta cada 4 horas (6 al día). Es conveniente continuar el tratamiento durante períodos de dos o tres semanas con descanso de una semana, para reiniciarlo nuevamente.

FRASCO de 30 tabletas.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REVISTA MEDICA DE AREQUIPA
Organo de la Asociación Médica de Arequipa

Vol. III | Abril - Agosto 1952 | Nos. 1 y 2

TRABAJOS

CANCER PRIMARIO DEL CUERPO DEL PANCREAS CON SINTOMATOLOGIA POCO COMUN (1)

DR. GUILLERMO BALLON LANDA.

No son muy frecuentes en la literatura médica, las publicaciones de carcinoma primario de cuerpo de páncreas; y aún, es más raro el aporte de observaciones referentes a su sintomatología y estudio clínico, ya que la incidencia de carcinoma de cuerpo de páncreas, es bien baja. Entre 12.447 necropsias realizadas por THAMSEN y col. (13), encontraron aproximadamente 1% de cáncer de páncreas, del cual, menos del 0.2% correspondía a carcinoma del cuerpo. Es por esto, que nos permitimos presentar este caso que es de interés, y que puede brindar algunas enseñanzas.

Se trataba de una enferma de 46 años, viuda, raza blanca, que desde hacía 15 años venía sufriendo de cólicos hepáticos, con cálculos vesiculares visibles a la radiografía. No había antecedentes familiares o personales de importancia, salvo un parto de mellizas, dos años antes.

Todo el proceso de su enfermedad, duró año y medio. Comenzó con dolores lentos e imprecisos en el epigastrio, que se presentaban a diferentes horas del día. Mediando los antecedentes de cólicos hepáticos y la evidencia radiográfica de litiasis vesicular, fué sometida a una intervención quirúrgica, practicándosele una colecistectomía. Se confirmó la litiasis vesicular.

Ocho días después de la operación, comenzó nuevamente a sufrir de dolores lánguidos, de localización epigástrica. A los 15 días el dolor se hizo marcado en el dorso. Al mes, se le presentó un dolor, esta vez ya de regular intensidad en el epigastrio, irradiado al hipocondrio derecho, y sobre todo, al izquierdo, y además, hacia el dorso con sensación "como de una plancha" Junto con su dolor, náuseas, vómitos, y por primera vez, diarreas, con 3 cámaras sueltas. Dolores como estos, continuaron presentándosele, cada 8 días con caracteres de cólicos intensos. Fuera de estos cólicos descritos, tenía dolores horarios, al principio cada 12, y después cada 8 ó 6 horas, localizados en todo el vientre y en la región dorsal.

Siguió en este estado durante un año, habiendo consultado con numerosos médicos y especialistas de prestigio, sin que pudiera llegarse a un diagnóstico, ni conseguir alguna mejoría pese a los esfuerzos realizados. En este lapso, llegó a un notorio estado de emaciación, y el cuadro clínico quedó concretado a diarreas permanentes, rebeldes a todo tratamiento, y a dolores cólicos intensos, con la localización y las irradiaciones mencionadas.

El examen físico, mostraba gran caquexia de la enferma. En el abdomen, fuera de una cicatriz operatoria paramediana derecha, y de la desaparición del tejido celular subcutáneo y de la flacidez de las paredes, no se encontraba ninguna otra anormalidad. No se despertaba dolor especial en ninguna zona, ni se apreciaba alguna tumoración, pese a la explorabilidad del vientre.

El examen del resto de los órganos y sistema, no denotaba anormalidad.

Estudio radiológico de estómago, duodeno y tránsito intestinal: negativo.

Estudio hematológico: discreta anemia macrocítica hipercrómica.

Eritrosedimentación: normal.

Khan y Mazzini: negativos.

Orina: normal.

Heces: nada anormal.

Proteínas en sangre: discreta hipoproteinemia con relación serina — globulina normal.

Estudio de la amilasa durante la crisis dolorosa:

Sangre: 40 unidades Somogi.

Orina: 5 u.u.

No se hizo estudios de la lipasa ni de sus funciones digestivas de las grasas y proteínas.

Diagnóstico clínico probable: Pancreatitis crónica?
Enteritis regional?
Enteritis tuberculosa?

Se cometió a la paciente a un tratamiento con preparados de páncreas y enzimas pancreáticas, sin obtener mejoría alguna. Posteriormente se le administrarón 45gm. de estreptomicina, sin que tampoco se modificara la marcha evolutiva de la enfermedad. Se le hospitalizó para practicar una laparotomía exploradora, falleciendo a los pocos días antes de llevar a cabo la intervención.

NECROPSIA: — Se encontró en el páncreas una masa tumoral escirrosa de dureza pétrea y apariencia fibrosa, irregular, de bordes imprecisos, que ocupaba fundamentalmente el cuerpo y avanzaba hasta parte de la cabeza, dejando libre la cola. Su tamaño era aproximadamente 6 x 6 cm. y contraía adherencias con los órganos vecinos: duodeno y vena cava inferior. Al corte, el tumor ofrecía resistencia dura y leñosa.

Se encontraron metástasis nodulares múltiples en el hígado.

El patólogo informó proliferación tumoral maligna de naturaleza glandular.

DISCUSION.

Presentamos un caso de carcinoma primario del cuerpo del páncreas ocurrido en una paciente en la edad media de la vida que sufría de colecistitis calculosa des-

(1) — Trabajo presentado al VI Congreso de Cirugía.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

de hacía 15 años. Los dos síntomas fundamentales de su enfermedad, fueron dolor y diarreas.

El primer síntoma de la evolución del carcinoma, fué el **dolor**, al principio de tipo lánguido, y después de tipo constrictivo, o de cólicos muy intensos en epigastrio con irradiación a ambos hipocondrios, especialmente al izquierdo y al dorso.

El segundo síntoma, fué la diarrea, al comienzo solo acompañando a los cólicos, y en un periodo más avanzado de la enfermedad, instalada en forma permanente y rebelde a todo tratamiento.

Fuera de estos dos síntomas, no presentó otro, salvo la emaciación, que fué extrema en la fase final de la enfermedad.

Revisando la literatura posible, hemos encontrado muy poco publicado con referencia a carcinoma del cuerpo del páncreas y expondremos muy suscintamente los datos de interés que hemos hallado en diferentes comunicaciones, ó para ser comparados con el caso que presentamos o para tenerlos en cuenta con el fin de orientar en un futuro las investigaciones clínicas cuando nos encontremos frente a problemas diagnósticos semejantes, ya que este caso, nos sorprendió, por decirlo así, pues dentro de nuestras presunciones clínicas, no figuraba el diagnóstico de **carcinoma de cuerpo de páncreas.**

DOLOR: — Habitualmente el dolor abdóminal, es el síntoma inicial del carcinoma del cuerpo o cola del páncreas (HODGE (5), STORM MATHISEN (12), POULSEN (10); el que puede ser de tipo sordo o lánguido o con caracteres de cólico.

Nuestro caso, presentaba los dos tipos; en periodos avanzados de su enfermedad, los dolores eran agudísimos, terebrantes o en garra, irradiados al dorso, y a los dos hipocondrios, especialmente al izquierdo.

DIARREA: — Se ha señalado constipación intestinal como síntoma frecuente (McCLURE y col. (8). La diarrea rebelde y tenaz, ha sido uno de los síntomas más prominentes en el caso presentado.

MANIFESTACIONES ENDOCRINAS: — Mientras el carcinoma no sea originado en el tejido de los islotes de Langerhans, no hay trastornos en el metabolismo del azucar. Cuando tiene su origen en ellos, se encuentra manifestaciones de hiperinsulinismo e hiperglicemia. Sin embargo puede ocurrir que haya tumores insulares malignos sin disturbios del metabolismo del azucar; ello es debido, a que en los islotes de Langerhans, hay "células alfa" endocrinológicamente inactivas, y las "células beta" que son las de actividad secretórea, originando en el primer caso, los "alfanesocytomas" sin manifestaciones endocrinas, y yos "betanesocytomas" con hiperinsulinismo e hipoglicemia en el segundo.

HESS (6), recolectó de la literatura, 19 casos de carcinoma pancreático de los islotes de Langerhans: en todos los casos en que se estudió el metabolismo de los azúcares, se descubrió hiperinsulinismo, menos en un caso de Dubois-Ferriere, cuidadosamente estudiado, en el que el cáncer se componía exclusivamente de "células alfa".

HIPERAMILASEMIA: — ROSS y KLINGE (11). han señalado que en el carcinoma de la cabeza del páncreas, la amilasemia se encuentra precozmente elevada en un tercio de los casos, en pacientes con dolor en el epigastrio y cuadrante superior derecho, y dicen que la determinación de la amilasa del suero en pacientes con dolor abdominal inexplicado, puede guiar a un diagnóstico precoz de carcinoma de páncreas o de la ampolla de Vater.

No hemos encontrado referencias a la amilasemia en carcinoma del cuerpo de páncreas. En nuestro caso, se encontró 40 unidades Somogi en sangre, y 5 u.u. en orina, inmediatamente después de una de sus crisis dolorosas.

SINTOMAS RADIOLOGICOS: — Los roentgenogramas del estómago y duodeno pueden mostrar signos de tumor; pero las observaciones radiológicas negativas, de ningún modo excluyen la presencia de neoplasma de páncreas (PYGOTT) (9). En nuestro caso, ellas fueron negativas.

OTRAS INVESTIGACIONES CLINICAS SUGERIDAS: — Se ha sugerido (THAMSEN) y col. (13), las siguientes investigaciones:

Hemorragia oculta, que es frecuente; negativa en nuestro caso.

Eritrosedimentación, que suele estar aumentada.

Determinación de las enzimas pancreáticas en la sangre y contenido duodenal COMFORT (4), dice que el aumento constante de la lipasa en el suero, inclinaría en favor del cáncer.

Examen de la curva de tolerancia a la glucosa.

Examen hematológico, el que suele ser normal, presentándose condiciones generales pobres sin anemia. En nuestro caso, al lado de un extremo grado de emaciación, nos llamó la atención encontrar discreta anemia macrocítica hipercrómica.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1o.) Se presenta un caso de carcinoma primario de cuerpo de páncreas en una enferma con colecistitis calculosa previa desde 15 años atrás.

2o. El tiempo de evolución del carcinoma fué de un año y medio, y el diagnóstico solo se hizo en la necropsia.

3o.) Los síntomas fundamentales y casi únicos, fueron dolor y diarrea.

4o.) Las investigaciones clínicas que se practicaron fueron todas negativas, incluyendo el estudio de la amilasa en la sangre.

5o.) No se agotó, ni por el autor, ni por otros colegas la investigación desde el punto de vista del páncreas.

6o.) Los pacientes con dolor en la parte superior del abdomen, sin otra causa demostrable, pero acompañados de pérdida de peso, deberían ser examinados con especial referencia a posible cáncer del páncreas, y no debería diferirse una laparatomía exploradora.

7o.) Debería gestionarse que las legislaciones o reglamentaciones de los Hospitales y centros asistenciales, consideren la realización de necropsias para ratificar o rectificar los diagnósticos clínicos, ya que en nuestro medio, muy especialmente en provincias, se cuenta con grandes dificultades, a veces insalvables.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

BIBLIOGRAFIA.

1 — Comfort. M. W.; Serum lipase: Its Diagnostic Value. Am. J. Digest. Dis. 3: 817, 1937.

2 — Duff G. L.: Clinical and Pathological features et carcinoma of body and tail of Páncreas, Bull. Johns Hopkins Hosp., 65: 69, 1939.

3 — Ewing J.: "Neoplastic Diseases". Philadelpnia W. B. Saunders Co. Ed. 3, p. 746, 1928.

4. — Grawer. F. W.: "Pancreatic Carcinoma; review of 34 autopsies" Arch. Int. Med., 63: 884, 1939.

5. — Hodge Mc Gavac, M. D. — Practice of Medicine, Tice. Vol VII, p. 523

6. — Hess W. "Carcinoma de los islotes de Langerhans sin manifestaciones endocrinas" Schweizerische Medizinische Wochensahrify, Basel, 76 (Agosto 24) 1946, p. 802.

7. — Mc Clure. CH. W. and Jankelson J. R. "Enfermedades del Aparato Digestivo, S. A. Portis; Enfermedades del Páncreas pág. 445.

8. — Mc Clure CH W. and Jankelson I. R. "Carcinoma del Pancreas. Enf. del Ap. Digestivo. S. A. Portis" pág. 442.

9. — Pygott F.: "Radiological Appearances in Pancreatic Cancer" British. Journal of Radiology, London, 23: 656, 1950.

10. — Poulsen O.: "Sintomas y tratamiento del cáncer de Páncreas" Nordisk Medicine, Stockholm 43: 585, abr. 7, 1950.

11. — Ross C. A. and Klinge F. W.: "Pain and Hiperamilasemia as Early Sings of Carcinoma of Head of Pancreas and Ampulla of Voter" Gastro enterology, Baltimore, 12; feb. 49, p. 204.

12. — Storm Mathisen H.: "Cáncer del páncreas con especial concideración a los primeros síntomas "Nordisk Medicine, Stookholm, 54, 581. abr. 7, 1950.

13. — Thomsen L., Hjorth N., Rorgaard Christensen A, y Bjorneboe M. "Cáncer del Páncreas. Investigación Clínica patológica" Ugeskrift fom Laeger, Copenhagen, 121; 1517 nov. 2, 1950.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

TUMOR GLOMICO (1)

DR. JORGE BECERRA DE LA FLOR

Ultimamente hemos podido observar un caso de tumor glómico del antebrazo y nos ha parecido conveniente hacer su presentación, no por lo que podamos decir de nuevo, sino porque siendo una afección muy poco frecuente y excesivamente dolorosa, susceptible de un tratamiento quirúrgico sencillo, es necesario difundir su conocimiento para llegar a un diagnóstico preciso con tal objeto.

El conocimiento de setas formaciones glómicas se debe al trabajo clásico de **Pierre Masson** publicado en 1924. Pero ya hace más de un siglo se hicieron las primeras observaciones de estos tumores dolorosos aunque sin precisar sus características actuales.

Así en 1812 **William Wood,** describió unos nódulos subcutáneos, pequeños, de larga evolución, con dolores de caracter agudo, intermitentes. En 1877, **Kolaczek** describió un tumor de características semejantes y situado en el lecho ungueal, calificándolo como angiosarcoma. En 1882, **Chandelux,** públicó dos casos de tumores dolorosos subcutáneos, uno en el antebrazo y el otro en el brazo, clasificándolos como epiteliomas tubulares derivados de las glándulas sudoríparas; pero que por los datos de las historias clínicas y los exámenes histopatológicos parecen corresponder a los actuales tumores glómicos. Posteriormente **Barré,** reurólogo francés, en 1920, refirió la historia clínica de una muchacha de 18 años, que presentaba un pequeño tumor debajo de la uña del dedo medio de la mano derecha, excesivamente doloroso y cuyo dolor se irradiaba al brazo, cuello y a todo el lado derecho del cuerpo, asociado con un sindrome de Bernard-Horner y modificaciones de los reflejos vasomotores del miembro superior correspondiente, y que curó con la escisión del tumor. Después, en 1922, publicó tres casos más. **Masson,** en 1919, observó un caso semejante con tumor localizado debajo de la uña; y estudiando la estructura histológica de los casos presentados por Barrá quedó sorprendido que todos ellos tuvieran la misma morfología é idéntica característica clínica dolorosa. Estas neoplasias estaban constituidas por gran cantidad de arteriolas bien desarrolladas, algunas con gruesa capa muscular lisa y rodeadas por un manguito de células epitelioides especiales; además, observó corpúsculos de Vater-Paccini comprimidos contra sus capsulas y a los cuales se les podría responsabilizar del sindrome doloroso. Creyendo que estas formaciones representarían la hipertrofia de algún órgano normal procedió al estudio histológico de dedos normales llegando así al conocimiento del glomus neuromioarterial.

Entre nosotros el conocimiento de los tumores glómicos se debe principalmente al Prof. Oscar Trelles, quien en 1936 dictó una conferencia en el Hospital 2 de Mayo sobre éste tema. El año anterior, en el Servicio de la Clínica Quirúrgica del Prof. Villaran, en el Hospital Loayza, observamos con el Dr. Oscar Guzmán del Villar, en una mujer de 40 años, blanca, un pequeño tumor situado a un lado de la uña del dedo índice de la mano derecha, de color rojo cereza y ezcesivamente doloroso al menor roce o presión, curando con la extirpación quirúrgica. No se hizo el estudio histopatológico respectivo pero las características clínicas correspondían al tumor glómico. No tenemos referencias de publicaciones sobre éste tema en la literatura nacional.

GLOMUS NEUROMIOARTERIAL:

Este término fué creado por **Masson** (4), para designar un corpúsculo glomérulo-vascular, bien diferenciado situado en las regiones tactiles de la piel principalmente, que establece anastomosis directas entre arterias y venas, desempeñando un rol fundamental en la regulación de la circulación local y de la temperatura.

El conocimiento de estas comunicaciones arterio-venosas, distintas a los capilares, se debe a los estudios de **Sucquet** en 1862 y después a **Hoyer,** quienes demostraron que las substancias inyectadas en las arterias de las extremidades eran reconocibles en la sangre sin que ellas atravesaran la red capilar; es decir, que el tránsito capilar no constituye el único medio de comunicación arterio-venosa, sino que también se hace a traves de canales especiales, hay llamados canales de Sucquet Hoyer. **Von Schumacker** creyó encontrar estos canales en la glándula coxigea de Luschka. Pero si bien muchos investigadores estudiaron estos canales desde el punto de vista anatómico, es a Masson a quien se debe su conocimiento completo y el descubrimiento de su estructura histológica.

El glomus (5) está constituído fundamentalmente por un conglomerado de vasos sanguineos rodeados por tejido conjuntivo y fibras nerviosas. En estos vasos se distinguen tres partes:

a) El segmento pre-glómico, que no es otra cosa que una arteria aferente;
b) El segmento post-glómico que conduce a la vénula eferente;
c) El segmento intermedio o glomus necromioarterial, que es la parte mas importante por su extensión y por su estructura y que establece una comunicación directa entre los dos segmentos precedentes por medio del canal de Sucquet Hoyer.

A estos distintos segmentos vasculares corresponden también estructuras especiales, descritas por Masson con los nombres de vasos de tipo I y II. Los vasos del tipo I corresponden a los segmentos preglómico y los del tipo II a los del segmento intermediario, siendo este tipo vascular el que predomina en los cortes histológicos por su mayor extensión y caracter sinuoso.

Al dividirse la arteria aferente para dar las arteriolas glómicas del segmento intermediario, se observa la desaparición de la limitante elástica interna y en cambio la pared muscular se espesa considerablemente y se diferencia en capa neuro-muscular, dándole verdadera jerarquía a esta parte del glomus. Rodeando en manguito a todo el segmento intermediario aparece un rico plexo de fibras amielínicas. A estos vasos especia

(1) — Trabajo presentado al VI Congreso Peruano de Cirugía.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

les, considerados como arteriolas modificadas, se les llama arteriolas neuro-musculares de Massón.

A medida que las fibras musculares se alejan de la luz del vaso empiezan a modificarse; su forma se hace globulosa, su núcleo esférico, la célula pierde orientación y riqueza en miofibrillas. Se constituye asi una capa de células claras, de aspecto epitelial (Células epitelicides de Masson), llamadas ahora células glómicas, que no son más que una fibra muscular lisa modificada, pudiéndose seguir todas las transiciones entre una y otra.

Más afuera, hacía la adventicia, la densa capa epitolioide se vuelve menos compacta, los espacios intercelulares se ensanchan y las celulas se alargan teniendo su núcleo fusiforme, se vuelven ramosas y se anastomosan en un delicalo plexo, adquiriendo el aspecto de ciertas estructuras schawnianas, entre las que aparecen fibras nerviosas amielínicas que se vuelven tan numerosas como para hablarse de un manguito periférico hasta el que llegan algunas fibras mielínicas, de los nervios del dermis, que abordan al glomus por sus pedículos vasculares.

Nicholas Popoff, quién ha publicado magníficos estudios sobre el glomus, encuentra en la arteria aferente elevaciones endotelio —musculares, en forma de almohadillas, asignándoles la función de dirigir la corriente sanguínea hacia los canales de Sucquet - Hoyer.

Los canales se vacian en venas colectoras primarias que carecen de musculatura, pero que estan abundantemente provistas de tejido elástico. Estas largas y grandes venas colectoras rodean la unidad glómica y forman un receptáculo voluminoso. Popoff describió todo el glomus como un aparato rodeado por un grueso tejido colágeno laminado que lo separa de los restantes estructuras de la piel. (Fig. 1)

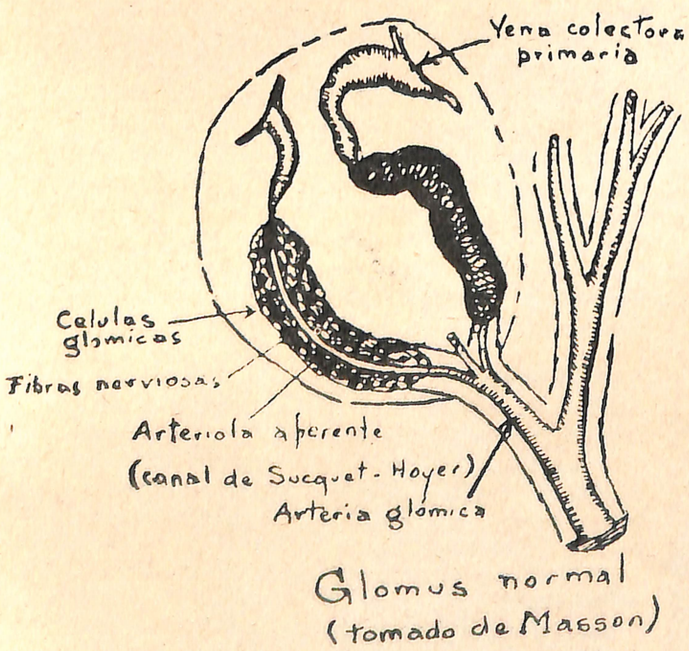


Fig. 1.

El glomus normal mide de 60 a 220 micrones. Se distribuyen ampliamente por la superficie del cuerpo pero se encuentran con mayor frecuencia en las extremidades, principalmente en el lecho ungueal y en el pulpejo de los dedos, después en las caras palmar y plantar de los dedos de la mano y pie. Su número y volumen van disminuyendo hacia el antebrazo y pierna, encontrándose en la eminencia tenar y en el talón, y con menos frecuencia en el cuerpo cavernoso del pene y de la uretra. Aparentemente no existen glomus durante la vida intrauterina, encontrándoseles formados imperfectamente en los recién nacidos, adquiriendo su maximo desarrollo en los adultos y atrofiándose en los ancianos, disminuyendo a la vez su número. En la escala zoológica se les ha descrito en los mamiferos, conejos, perros, gatos, etc., y con un acentuado desarrollo en las aves.

El conocimiento del glomus explica muchos puntos de fisiología vascular. Todos los investigadores están de acuerdo en considerar que el glomus controla la circulación arteriovenosa dentro de los dedos y extremidades, por su directa comunicación entre arteria y vena y por su situación en regiones de exquisita sensibilidad rica en corpúsculos tactiles. De esa manera pueden regular la temperatura, tanto local como general del organismo, mediante la conservación o disipación del calor. Asi **Grant** ha demostrado experimentalmente, que en la oreja del conejo expuesta al frío, es la acción del glomus la que mantiene su temperatura. Igualmente, en las personas que habitan en lugares de clima frío, es corriente observar la cianosis del lecho ungueal. **Clara** cree que los glomus del pene tienen por función regular el mecanismo de la erección. I **Bailey** sugiere la posibilidad de que estas estructuras glómicas funcionen como una derivación en el mantenimiento de la presión arterial, lo que no ha sido comprobado todavía. El mecanisco para la regulación de la temperatura corporal sería el siguiente: cuando el sistema glómico se halla completamente dilatado, la irradiación del calor aumenta por la gran aceleración de la corriente sanguínea a traves de los dedos; en cambio cuando dicho sistema está contraido se conserva el calor haciendo derivar la sangre a traves de la red capilar.

En el aspecto patológico el glomus puede sufrir los mismos procesos distróficos, degenerativos o inflamatorios de los vasos arteriales, lo que tiene una gran importancia para explicar el mecanismo de ciertas gangrenas con relativa conservación de las grandes arterias regionales (**Prat**, 5). Actualmente se tiende a relacionar la etipatogenia del aneurisma cirsoideo con el glomus, admitiéndose que aquel puede derivar de un estado angiomatoso preexistente, pero cuando esto no sucede se piensa fundadamente en que es el glomus el único y posible elemento generador de dicho aneurisma. I finalmente el glomus es capaz de ser el origen de tumores, que para algunos serían simples hiperplasias. considerándolos otros como verdaderas neoplasias.

TUMOR GLOMICO:

El tumor glómico es una pequeña neplasia benigna, de larga evolución y crecimiento limitado, exquisitamente dolorosa, muy poco frecuente, que se presenta en el límite dermo-hipodérmico de la superficie del cuerpo, especialmente de las extremidades y que deriva evidentemente del glomus neuromioarterial normal.

Ha sido llamado con los siguientes nombres; angioneuroma, angiomioneuroma, angioneuroadenoma gló-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

mico, tumor del glomus neuromiarterial, tumor glumoco y gomangioma.

Este tumor reproduce mas o menos irregularmente las características del órgano glómico normal y se desarrolla en dicha estructura glómica.

El aspecto histológico del tumor glómico es el de un "angioma muy particular en el que las luces vasculares se hallan separadas por gruesas paredes irregulares en las que el componente citológico básico es la célula epitelioide o célula glómica" **(Riveros y Pack, 7).** Generalmente el aspecto vascular corresponde al de los vasos de tipo II descritos por Masson, qce se caracterizan por la falta de laminas elásticas y que se identifican a los canales de Sucquet-Hoyer. Se considera, con algún fundamento, que el tumor glomico deriva de la hiperplasia de esos canales. Las calulas epitelioides son peculiares al glomus y al tumor glómico. La histogénesis de ésta célula es muy discutida. Para **Masson** sería de origen miogénico; **Stout** y **Murray** (10), la consideran derivada del pericito de Zimmermann, lo que han demostrado en cultivos de tejidos. Como se comprende esta apreciación tiene mucha importancia, pues si se acepta que el tumor glómico deriva siempre de un glomus neuromioarterial resulta difícil explicar el origen de ese tumor en regiones donde no se les encuentra normalmente, aunque para Masson esto se debería a que en dichas regiones los glomus serían muy raros, pero de ninguna manera ausentes. Si se acepta la concepción de Stout y Murray de que la celula glómica no sea sino un pericito de Zimmermann, que está vastamente diseminado en el sistema vascular periférico, es facil explicar la distribución de los tumores glómicos.

Su localización más frecuente es en la parte más sensible de la piel de los miembros, que es donde más abundan los glomus: pulpejo de los dedos, lecho subungueal, palma de la mano y planta del pie. Los tumores glómicos pueden presentarse ocasionalmente en sitios donde son raros los glomus normales, pero es posible que un glomus aberrante aparezca practicamente en cualquier región. I así se han descrito tumores glómicos situados en las siguientes regiones: antebrazo, brazo, muslo, pierna, capsula articular de rodilla, región glútea,, párpado inferior, pared del torax, región escapular, región temporal, en el pene y en la vulva. **Brindley** relató un extraño caso de un tumor glómico voluminoso, 5 por 3 cm., situado en el mediastino posterior y que curó con la extirpación quirúrgica. Histológicamente era idéntico a tres pequeños tumores glómicos extirpados de una de las extremidades inferiores del mismo enfermo.

Generalmente son tumores pequeños, de 0.5 a 1 cm. aunque algunas veces han tomado un volumen mayor (hasta 5 por 3 cm.) pero esto es la excepción. Situados en el límite entre el dermis y el tejido celular subcutáneo, en algunas raras ocasiones se han encontrado en el hueso (falange ungueal), en los musculos profundos del muslo **(Thomas)** y en el mediastino posterior **(Brindley).** Estan claramente delimitados de los tejidos vecinos y por norma no se ulceran. El color del tumor varía entre rojo oscuro y azul, con mayor predominio de éste último. Se han observado cambios de color con los de la temperatura ambiente. Por lo general son tumores únicos, pero se han observado casos de personas que presentaban 2 o 3 tumores glómicos. Se caracterizan por su larga evolución, de años, y por su tendencia benigna: no recidivan después de su exéresis. Los relatos de casos de tumores glómicos con transformación maligna o con metástasis, se prestan a discusión y pueden ser debidos a confusión con los hemangiopericitomas (10), neoplasias que dan metástasis y que tienen analogía con los tumores estudiados. Se presentan con mayor frecuencia en el sexo femenino; y en cuanto a la raza, parece que los judíos son más propensos. La característica clínica fundamental del tumor glómico es el extraordinario é intenso dolor que provocan, y que cuando está asociado al tumor, se considera como un sintoma patognomónico. El dolor es lancinante o fulgurante, paroxístico, espontáneo o se presenta con el más mínimo traumatismo, roce o presión, irradiándose del tumor como foco, a todo lo largo de la extremidad afectada. Basta algunas veces el más ligero roce de la ropa para despertar un paroxismo de dolor, lo que obliga a los pacientes a ciertas medidas de defensa (manga corta, etc). El frío, el calor, la emoción y hasta un simple ruido tiene el mismo efecto, con la misma repercusión siquica que se encuentra en la causalgia.

Leriche (3) cree que el dolor sea producido por la vasodilatación activa. I asi se observa que la región donde asientan estos tumores esté habitualmente caliente; y que el calor aumente el dolor, teniendo los enfermos que sumergir la extremidad afectada en agua fría para aliviarlo. La misma rarefacción ósea, que se observa en las localizaciones en la falange ungueal, es un índice de la vasodilatación. Y el sindrome de Bernard Horner observado en algunos enfermos es un signo de parálisis simpática que va asociado a la vasodilatación. I otras veces hay alteraciones vasomotoras simpáticas como la transpiración localizada. Todos estos fenómenos, secretorios, térmicos o vasomotores, estan demostrando su relación con el sistema nervioso simpático. **Bailey** ha observado en los animales de experimentación que una insignificante excitación química o tactil de la superficie cutánea provoca la dilatación de los vasos glómicos normales. I **Leriche,** durante la extirpación de un tumor glómico de un dedo de la mano, observó durante su disección y cuando el tumor pendía todavía por su pedículo arterial, que haciendo soltar la ligadura que había colocado previamente en la base del dedo pudo ver como el pedículo arterial se hinchaba y el tumor se volvía eréctil apareciendo el dolor en ese momento. Al cortar el pedículo el dolor desapareció completamente.

Muchas veces el tumor glómico es muy pequeño, practicamente invisible, y en estos casos se ha descrito la prueba de los alfileres de Loewe, para su localización, que consiste en pasar suavemente la cabeza de un alfiler sobre la zona dolorosa y justamente al llegar a la zona tumoral se provocará el dolor agudo característico.

En los casos de localización en la falange ungueal es recomendable el examen radiográfico para observar si hay destrucción ósea. **Rypius** dice que "una historia de dolor lancinante de la porción terminal de la falange, con o sin decoloración o tumor que asiente por debajo de la uña y con destrucción radiológica del esqueleto de la falange basta para hacer el diagnóstico de tumor glómico".

El tratamiento es quirúrgico Basta su exéresis para

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

obtener su curación completa, sin recidivas. Todos los otros tratamientos; roentgenterapia, radioterapia, simpatectomía, disociaciones nerviosas, curetajes, etc., son ineficaces.

CASO CLINICO:

Z. V., mujer, de 54 años, mestiza.

Hacen siete años que le aparece un tumor muy pequeño en el antebrazo derecho, del color de la piel, que le producía dolor moderado al roce o al dar la mano. El tumor ha crecido muy poco posteriormente, pero el dolor se ha intensificado. El dolor es fulgurante, irradiándose desde el tumor a todo lo largo del miembro superior derecho hasta el hombro y aveces llegando al cuello, y cara anterior del tórax, al menor roce o presión; acusando, ademas, sensación de calor intenso en dicho antebrazo y sobre todo en la mano, cuando se exacerba el dolor, obligándola a sumergir dichos segmentos del miembro superior en agua fría para aliviarlo. Esta sintomatología la obliga a usar manga corta para evitar el roce de los vestidos.

Examen clínico: — Se observa, en antebrazo derecho, un tumor pequeño, del tamaño de una arveja, situado en su cara póstero-externa del tercio medio recubierto de piel morena ligeramente azulada, excesivamente doloroso al mas pequeño roce o presión, lo que dificulta su exploración, que solo puede hacerse después de anestesia local con procaina, apreciándose entonces que es de consistencia renitente, no adherente ni a la piel ni a los planos profundos sobre los que se desliza. (Fig. 2.)

Diagnóstico clínico: — Tumor glómico del antebrazo.

19—XII—51. Se extirpa el tumor con anestesia local, sin incidentes, resecando un losanje de piel por encima.

Macroscópicamente, al corte: tumor redondeado, de color gris rosado, uniforme, situado inmediatamente por debajo de la piel y rodeado por una capsula delgada.

Examen histopatologico (Dr. Uriel García Cáceres):

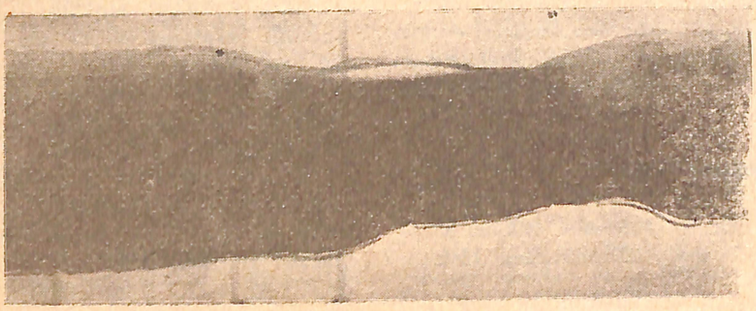


Fig. 2. — Se aprecia el pequeño tumor situado en el antebrazo.

El nódulo circunscrito por capsula conjuntiva, está constituido por nidos de células poliédricas, de protoplasma amplio finamente vacuolar, núcleo central hipercromática (Células glómicas); estan sostenidas por finas fibras calágenas, musculares lisos y fibras nerviosas. Además hay numerosos vasos arteriolares con vaina muscular cuyas fibras se mezclan con células idénticas a las descritas (Fig. 3 y 4).

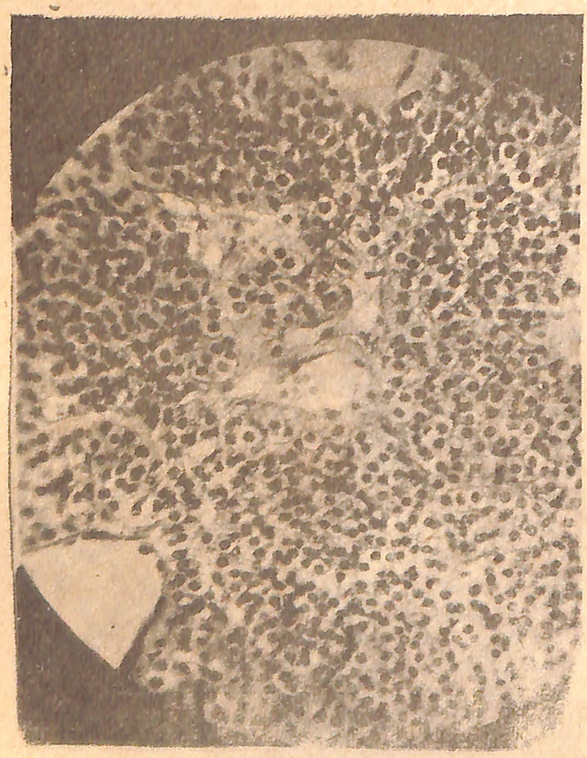


Fig. 3. — Aspecto histológico del tumor glómico recesado.

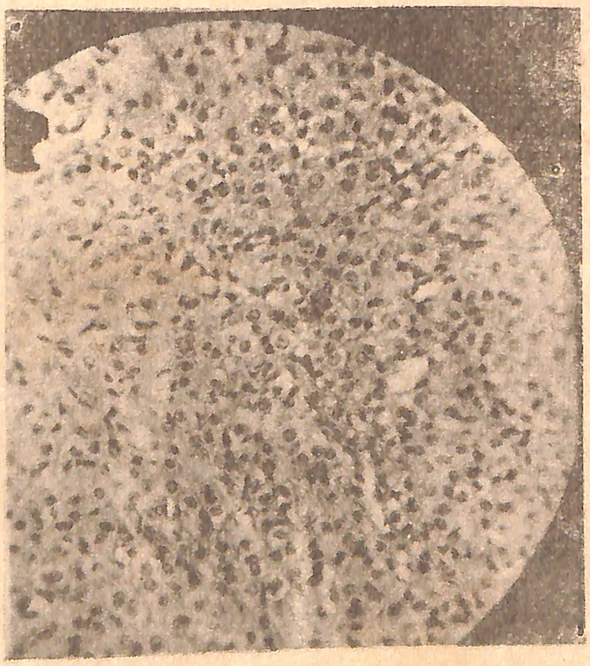


Fig. 4. — Otro aspecto histológico del mismo tumor glómico.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Evolución: El dolor desapareció permanentemente con la exérsis. Hemos controlado a la paciente hasta la fecha de éste trabajo, habiendo desaparecido toda la sintomatología que la aquejaba.

RESUMEN:

Se presenta un caso de tumor glómico situado en el antebrazo, que acusaba la clásica sintomatología de tumor y dolor agudo al roce o presión, asociado con sensación de calor localizado y que tenía siete años de evolución.

El examen histopatológico confirmó el diagnóstico clínico. La exéresis curó la lesión con desaparición de toda la sintomatología dolorosa.

Se ha hecho una revisión de los conocimientos actuales al respecto, tanto sobre el glomus normal, que se encuentra sobre todo en las zonas mas sensibles de las extremidades, cuanto del tumor glómico propiamente dicho, que se desarrolla a expensas de los glomus neuromioarteriales.

BIBLIOGRAFIA

1. — CHRISTOPHER. — Patología Quirúrgica. — Tomo I, pág. 227 (A. P. Stout) Interamericana, 1947.

2. — CECIL. — Tratado de Medicina Interna. — Tomo II, pág. 1893 (E. M. Landis) Interamericana, 1945.

3. — René LERICHE. — La Chirurgie de la douleur.— Masson, 1949, pág. 161.

4. — MASSON, PIERRE. — Le Glomus Neuromyo-arteriel des Regions Tactiles et ses tumeurs. — Lyon Chir., 21: 257, 1934.

5. — PRAT, IBARRA Y MEDOC. — Glomus del dedo índice de la mano derecha. — El Día Médico, 35: 1502, 1946.

6. — LATTES y BULL. — Tumor glómico primitivo del hueso. — Anales de Cirugía, 7: 187, 1948.

7. — RIVEROS y PACK. — Tumor Glómico. — Anales de Cirugía, 8: 2062, 1949.

8. — RIVEROS y PACK — El Tumor Glómico. Relato de veinte casos. — Anales de Cirugía, 10: 457, 1951.

9. — RIDDELL y MARTIN. — Tumor Glómico de gran tamaño. Descripción de un caso. — Anales de Cirugía, 10: 464, 1951.

10. — STOUT y MURRAY. — Hemangio - pericitoma. Tumor vascular con pericitos de Zimmermann. — Anales de Cirugía, 1: 335, 1942.

11. — RIVEROS M. y CODAS QUIRNO. — Considerations clíniques et radiologiques sur quatre cas de tumeur glomique á localisation osseuse. — La Presse Medicate, 59: 1225, 1951.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

TRASTORNOS FUNCIONALES ASINERGICOS DE LA CONTRACCION UTERINA. SINDROME DE SCHICKELE.

DR. JOSE EGUREN CACERES.

Hasta hace poco tiempo el problema de la estrechez pélvica ocupaba el primer término del interés científico y práctico de la especialidad obstétrica; este tema era la preocupación constante de todos los parteros y casi ni se recordaban los demás trastornos capaces también, de originar distocias. Recién en los últimos tiempos ha crecido el interés de los obstetras por el estudio de las alteraciones de las partes blandas durante el parto, y especialmente, por los trastornos funcionales.

El útero acusa contracciones de diversa intensidad y con caracteres distintos en los diferentes momentos de la vida genital femenina. El útero no grávido se contrae durante la menstruación, en el orgasmo, en un esfuerzo por expulsar un pólipo o un coágulo; tales contracciones no dan lugar a modificaciones anatómicas. Durante la gestación el útero conserva la capacidad de contraerse; después de la sexta semana de embarazo las contracciones uterinas son palpables, constituyendo el signo de embarazo conocido por el nombre de signo de Braxton-Hicks. Durante el trabajo de parto, la manifestación más notable es indiscutiblemente, la contracción uterina; en el parto normal se contrae el segmento uterino superior y en mucho menor grado el segmento uterino inferior, mientras que el cuello permanece inactivo; en el intervalo de las contracciones el segmento uterino superior se retrae, el inferior se distiende y el cuello se dilata. El músculo uterino longitudinal actúa en forma coordinada con el músculo uterino circular; sus acciones no [illegible]nizan ni se anulan, sino por el contrario, se complementan. Se dice que hay SINERGIA FUNCIONAL cuando existe armonía de acción entre el cuerpo úterino y el cuello úterino. Hay asinergia funcional cuando no existe esa armonía cervico-corporal; la sinergia funcional se rompe cuando la actividad corporal está dificultada por la acción cervical, cuando la actividad del músculo longitudinal está trabada por la acción del músculo circular.

Las contracciones uterinas son regidas por el sistema nervioso cerebroespinal. El útero está inervado por los sistemas autónomos: simpatico y parasimpático, y es excitable reflejamente por todos los órganos, en especial por el tubo digestivo y por la vejiga y su actividad puede ser excitada o inhibida por dichos órganos. Son involuntarias, pero no puede rechazarse por completo la idea de una influencia psíquica sobre las contracciones uterinas. Es conocido el hecho, de que el ingreso a la habitación de una parturienta de una persona determinada, puede "espantar" los dolores.

Realmente nuestros conocimientos sobre el mecanismo íntimo de la contracción uterina son muy reducidos, existen muchos aspectos de dicho mecanismo que son hasta la actualidad una incógnita. Schickelé y su escuela han establecido el concepto de que el útero posee un automatismo funcional, que radica en los ganglios microscópicos de las paredes musculares; ello ha sido comprobado experimentalmente, al observar contracciones después de haber extirpado el útero del organismo; según dicha escuela esa función automática estimularía la contracción corporal e inhibiría la contracción cervical.

El m$sculo uterino circular tiene ciertas localizaciones, en donde su masa es mayor; localizaciones que se consideran como herencia atávica procedente de los úteros de los roedores, los carnívoros y los ungulados. Al contraerse, anormalmente, los segmentos uterinos en donde predominan las fibras musculares circulares, constituyen anillos ó semianillos que hacen prominencia en la luz uterina. Aunque en rigor, los anillos de contracción pueden hacerse presentes en cualquier región del útero, ocupan preferentemente las siguientes zonas: a) Segmento superior del útero (cuerpo uterino anatómico); b) Unión de los segmentos superior e inferior (sitio del anillo de contracción fisiológico de Schroeder u orificio interno de Aschoff); c) Orificio interno obtétrico (anillo de Muller u orificio interno histológico de Aschoff); y d) Orificio externo.

De todos los trastornos asinérgicos de contracción uterina, merecen mayor consideración, el síndrome de Schickelé, el síndrome de Demelin y el síndrome de Bandl. En el presente trabajo, solamente me ocuparé del primer síndrome o sea del síndrome de Schickelé.

SINDROME DE SCHICKELE.

Por iniciativa del Profesor Peralta Ramos se denomina Síndrome de SCHICKELE, a un cuadro caracterizado por contracciones espasmódicas localizadas en el orificio externo del cuello uterino ó en sus alrededores, en forma concomitante y rítmica con la contracción corporal (simple o polisistólica), o en forma permanente y persistiendo en el intervalo de la contracción corporal.

SINTOMATOLOGIA.

Clinicamente se caracteriza por dolor localizado en la región suprapúbica, de gran intensidad, persistiendo en algunas ocasiones en el intervalo de las contracciones corporales. Por el tacto se aprecia la condición espástica del orificio úterino, aumentada durante la contracción corporal. El reborde tenso del orificio uterino está engrosado, sobre todo en su labio anterior; al inicio del síndrome este engrosamiento no constituye un verdadero edema, cediendo a la medicación antiespasmódica, pero posteriormente llega a constituir un verdadera edema, explicable por la comprensión sufrida por el cuello y que por las alteraciones anatómicas ya no puede ser vencido por los espasmolíticos.

La actividad extemporánea del cuello uterino, repercute siempre sobre la actividad corporal; en la mayoría de los casos motiva un agotamiento, una hipofunción una verdadera "hipotonía corporal" según Demelin. En otros casos, que felizmente son los menos, se establece un verdadero círculo vicioso: la espasticidad cervical excita la actividad corporal y la excesiva actividad corporal origina un mayor grado de espasticidad cervi-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

cal, constituyéndose en último término un estado de contracción permanente: tétanos uterino, que puede afectar solamente el cuerpo, o más frecuentemente el cuerpo y al cuello.

MORBILIDAD MATERNA.

La distocia de Schickelé implica para la madre un pronóstico poco favorable, ello es debido a múltiples circunstancias, que actúan ya aislada o conjuntamente. El peligro de infección es frecuente, porque en primer lugar el trabajo de parto se caracteriza por su mayor duración, lo que da motivo a un número mayor de exámenes internos; además la rotura precoz de las membranas, que con criterio terapeútico se efectúa en este tipo de distocia, favorece la infección ovular.

Los desgarros cervicales son frecuentes cuando se intenta, con maniobras bruscas, una dilatación manual del cuello uterino.

La hemorragia después del parto es una contingencia no infrecuente, que merece toda consideración como factor que modifica el porvenir materno y que es consecuencia de la inercia uterina secundaria.

MORBILIDAD FETAL.

Para el niño esta distocia constituye un gran peligro, dado el mayor porcentaje de mortalidad. Hay varios factores que tienen marcada influencia sobre la morbilidad y mortalidad fetal. El parto prolongado y la rotura precóz de las membranas tienen importancia fundamental sobre la vida del niño. **Seitz** estima que el 65% de los nacidos muertos, lo son a consecuencia de los obstáculos opuestos por las partes blandas de la vía del parto.

Cuando el cuerpo uterino reacciona ante la espasticidad del cuello, aumentando la frecuencia de las contracciones y la intensidad de las mismas, la vida fetal peligra grandemente, pues al acortarse el intervalo entre las contracciones, el feto ya no puede reponerse suficientemente de la disminución del aporte de oxígeno y excreción de CO_2, se presenta un balance negativo, que conduce en los casos graves a la muerte fetal.

ETIOLOGIA.

Clásicamente se ha considerado que cualquier circunstancia, que produce una irritación local del cuello o de la pared úterina vecina es capaz de excitar anormalmente al útero y determinar las contracciones extemporáneas del músculo circular, durante el parto o el alumbramiento Numerosas y diversas circunstancias han sido individualizadas y reconocidas como factores etiológicos de la asinergia funcional. Entre todas ellas merecen citarse: el exceso de volumen ovular (hidramnios, embarazo multiple, etc), falta de adaptación de la presentación al polo inferior del huevo (bolsa de las aguas prominente, estrechez pélvica y presentaciones atípicas); resistencia anormal de las membranas; infección amniótica; adherencias del polo inferior del huevo al segmento uterino inferior; rotura prematura y espontánea de las membranas; aplicación inadecuada del colpeurinter; exploraciones internas muy frecuentes, particularmente cuando al mismo tiempo se intenta dilatar el cuello; intentos prematuros de extracción del feto, cuando todavia no está bien dilatado el cuello; extracción manual de la placenta. La medicación prescrita para el tratamiento de la atonía úterina, puede también desencadenar una acción irregular y violenta del músculo circular.

Sin embargo, es un hecho corriente en la práctica la observación de partos que evolucionan normalmente, apesar de que en todos ellos, están presentes uno o más de los factores considerados como causantes de distocia de Schickelé; por otra parte, hay casos distócicos en los cuales no existe ninguna de las circunstancias que se han enunciado como etiológicas. **Rudolph** al hacer un estudio en 372 casos de trastornos asinérgicos de la contracción uterina, encontró que ninguno de los factores hasta ahora consideardos como etiológicos juega un verdadero papel etiológico.

Actualmente debemos considerar a todo trastorno asinérgico de la contracción uterina, como un tipo de "Neurosis Visceral", como una perturbación de la inervación autónoma del útero. La causa primaria de la asinergia funcional hay que buscarla en un desequilibroi del Sisema Nervioso Vegetativo.

En toda gestación de evolución normal existe desviaciones metabólicsa (modificaciones iónicas, humorales o coloidales) que excitan en mayor o menor grado el sistema nervioso. La labilidad neurovegetativa varia grandemente de una mujer a otra y en una misma mujer, de un embarazo a otro.

Es probable que este trastorno inervatorio sea de origen diencefático, ya que en muchos casos, la asinergia funcional uterina es parte importante de una perturbación general del mecanismo neuro-múscular, acompañándose de otros signos y síntomas de labilidad neurovegetativa.

El factor psicógeno desempeña una lugar importante y prominente en la etiología de esta distocia. Se observa que la asinergia funcional es más frecuente en la clientela particular que en la parturienta del hospital y dentro de la clientela privada es mayor en aquellos casos en que un grupo de familiares está pendiente de la más insignificante manifestación de la futura madre.

La perturbación de la inervación autónoma del útero, en los casos de distocia de Schickelé, parece seguir más estrechamente el aspecto de la hipersimpaticotonía. Un gran número de autores, entre ellos **White y Smithwick, Kuntz y Reynolds,** después de largas investigaciones, afirman que el sistema parasimpático estímula la contracción del músculo longitudinal del útero y que el simpático estimula la contracción de la fibra circular. **Reich** en 1950, siguiendo los trabajos que **Aburel** realizara en 1930, practicó el bloqueo del simpático lumbar en 500 parturientas en las cuales había manifesta espasticidad cervical, mediante la inyección paravertebral de procaina, con lo cual desaparecía el espasmo, permitiendo una rápida dilatación cervical y por lo tanto una pronta culminación del parto.

Sauter empleó una droga simpaticolitica (dihidroergotamina) en 45 casos de espasmo cervical, obteniendo en todos ellos un neto relajamiento del cuello uterino y un franco acortamiento del parto.

Baskin y **Crealock,** emplearon también la dihidroergotamina en cincuenta parturientas, que acusaban signos de espasticidad cervical, notando en todos los casos la desaparición de la contracctura del cuello uterino.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

TRATAMIENTO.

Desde los estudios sobre fisiopatología uterina, que a partir de laño 1923 llevaron a cabo **Schickele, Bindschaedler, Horrenberger,** se ha recomendado el Parto Médico preconizado por **Kreis,** como el tratamiento de mayor efectividad en los casos de trastornos funcionales asinérgicos. Este último autor ha desestimado por completo el valor dilatante de la bolsa de las aguas en el transcurso del parto, y recomienda proceder de acuerdo con las siguientes normas:

1o. — Muy al comienzo, administración de un inyectable de Spasmalgina o introducción de un supositorio rectal de papaverina, pantopón ó atrinal.

2o. — Rotura artificial de la bolsa de las aguas; no importa el grado de dilatación, cuanto antes mejor.

3o. — Repetición de la medicación sedante y antiespasmódica. El número de inyecciones o supositorios variará según los casos **Kreis** ha llegado a 7 inyecciones de Spasmalgina en un solo caso.

Si bien es cierto que el método de Kreis resuelve favorablemente muchos casos distócicos, no es menos cierto que en muchos otros casos no modifica en nada el cuadro asinérgico. Por otra parte la norma establecida por Kreis tiene algunos inconvenientes; la rotura artificial de las membranas favorece indiscutiblemente la infección ovular, que no por los satisfactorios resultados obtenidos por los antibióticos debemos dejar de evitar; el uso de los sedantes en forma liberal, ya sean tipo Spasmalgina, Demerol, etc., actúan en muchos casos desfavorablmeente sobre lo vitalidad fetal, deprimiendo el centro respiratorio.

Durante algún tiempo se intentó el relajamiento del espasmo cervical mediante el uso de drogas para-simpaticolíticas de la familia de la atropina, pero los resultados no han sido todo lo satisfactorios que era de esperar. Ello se debe seguramente a que el miometrio, por su inervación y por la naturaleza y estructura misma de su tejido muscular no puede compararse con otros órganos que poseen tejido muscular liso, como el tracto intestinal.

De acuerdo con los estudios realizados en los últimos años aumenta la posibilidad de poder encontrar alguna relación entre la asinergia uterina, incluyendo el sepasmo cervicial, con algunos trastornos disquinésicos vasculares. Basándose en estos estudios es que se ha empleado una droga simpaticolítica como la Dihidroergotamina, de marcados beneficios en los trastornos vasculares, y que en los ensayos realizados hasta ahora se muestra muy efectiva en el tratamiento de los trastornos asinérgicos de la contracción uterina.

Cuando al espasmo cervical se agrega el edema, el tratamiento es y debe ser siempre quirúrgico exclusivamente, las incisiones de Dursen, encuentran aquí su más típica aplicación; la dilatación manual en un cuello ya edematoso, debe estar completamente proscrita por el peligro de producir un desgarro cervical.

De todo modos, no será exclusivamente la rotura de la bolsa de las agua o la administración de antiespasmódicos de cualquier tipo en el momento más oportuno lo que beneficiará a la mujer. La clave del éxito radicará en la atención constante prestada a la parturienta, que permitirá la adopción en cada momento del medio mas conveniente.

BIBLIOGRAFIA.

Doderlein. A. — Tratado de Obtetricia, — 2ª Edición.

Lee-Greenhil. — Principios y Práctica de Obstetricia. 7ª Edición.

Moragues Bernat, J. — Clínica Obst;trica, 4ª Edición

Dexeus-Font, S. — Tratado de Obstetricia. 1ª Edición

Greenhill, J. P. — Obstetrias in General Practice. — 2ª. Edición.

Nixon William C. W. — Am. J. Obst. y Gynec. 62: 964, 1951.

Baskin, M. J. and Crealock, F. W. — Am J. Obst. y Gynec. 62: 220, 1951.

Ramírez Olivella, Jesé. — Ginecología y Obsteticia de Méjico 4: 107, 49.

Reich, Arthur M. — Am J. Obst. y Gynec 61: 1263, 1951.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REVISTA MEDICA DE AREQUIPA

Vol. 3 Abril - Agosto de 1952 - Nos. 1 y 2

EDITORIAL

EL PROBLEMA DEL HOSPITAL GOYENECHE.

Cuando comenzó a funcionar el Hospital Goyeneche —hacen más de cuarenta años— se creyó resuelto el problema de la Asistencia Hospitalaria en lo que a la ciudad de Arequipa se refiere. Posiblemente en aquella época —y más aún si lo comparamos con el vetusto Hospital de San Juan de Dios ya desaparecido y al cual remplazaba— se había dado un gran paso adelante en la atención de los enfermos que necesitaban ser internados en un nosocomio. Pero ni aún en esa época se le dió a ese Hospital la organización requerida y que estuviera de acuerdo con las necesidades mínimas establecidas para estas instituciones asistenciales. Y hoy tenemos que reconocer, que dicho Hospital Goyeneche no ha evolucionado mayormente desde la época de su fundación, y está muy lejos de haberse puesto a tono con las modernas organizaciones hospitalarias, que significan no solo mayor eficiencia y mejores condiciones para el trabajo médico y para el enfermo la curación de su dolencia en "el mínimo de tiempo y con el máximo de potencia", sino también, participación en la profilaxis de ciertas enfermedades con su despistaje precoz, formación y entrenamiento del personal de enfermería, división de la labor profesional en servicios adecuados favoreciendo así la especialización médica, estimulación de la investigación científica y colaboración en la enseñanza médica.

Para resolver este problema, que cada día se hace más agudo por la mayor afluencia de enfermos a dicho nosocomio, no solo derivado del aumento de la población citadina sino también de la venida de los departamentos vecinos, se ha proyectado la construcción de un Hospital General Mixto, en los terrenos adquiridos por el Estado para este objeto. Indudablemente que ésta sería la solución ideal y hacia la cual deben converger todos nuestros esfuerzos, pero este bello proyecto, aprobado desde 1946, hasta ahora no se ha comenzado y es posible que pase todavía algún tiempo para que se convierta en la realidad deseada por todos. Conjuntamente con este Hospital General se planeó la construcción de un Hospital Sanatorio para tuberculosos, tratando de resolver en parte el serio problema creado por esta enfermedad entre nosotros, ya que Arequipa, como todas las ciudades del Perú, pasa por la etapa de tuberculización masiva. Y decimos que este Hospital Sanatorio solo resolvería en parte el problema de la tuberculosis, porque así se solucionaba únicamente el aspecto asistencial de la enfermedad, quedando en pie aquel vinculado con su profilaxis, y de caracter social que significa: saneamiento de las poblaciones, viviendas saludables, alimentación balanceada, condiciones higiénicas del trabajo y el sostenimiento de la familia por el Estado mientras se trata al enfermo internado en el Sanatorio y durante el tiempo de su convalecencia hasta su total recuperación, única manera de resolver en toda su magnitud este grave problema. Parece que ya esta obra está financiada y que el proyecto y los planos respectivos estan concluidos, siendo probable que dentro de corto lapso pueda comenzarse su construcción, con lo que se daría un gran avance en la resolución del problema que comentamos.

Pero quedaría siempre en pie el primer problema planteado: el referente al Hospital Goyeneche. Es posible, como ya lo enunciamos anteriormente, que su solución definitiva puede tardar todavia algunos años para concluirse con la construcción y puesta en funcionamiento del nuevo Hospital General Mixto proyectado. Mientras tanto creemos que algo debe hacerse para mejorar el problema asistencial de Arequipa. Y ello se conseguiría con la reorganización y modernización del Hospital Goyeneche, poniéndolo en condiciones tales que supere el "standard mínimo" exigido por la American Hospital Association para estas instituciones. Indudablemente que para llegar a este resultado es necesario efectuar un estudio integral de éste Hospital, por verdaderos especialistas en la materia, para poder indicar las modificaciones que hayan de realizarse en su edificio, de acuerdo con un Plan Piloto, en el que se considere dichas modificaciones o nuevas construcciones, con las ubicaciones precisas de cada una de ellas de acuerdo con su función y con la prioridad que se les establezca; y de acuerdo, también, con la capacidad económica de la Sociedad de Beneficencia Pública y con la cantidad que puedan considerar en su presupuesto para tal fin. Al mismo tiempo se establecerá la organización funcional de dicho Hospital, contemplando no solo el aspecto técnico asistencial con la reforma de todos los servicios generales, creación de servicios clínicos especializados, consultorios externos, servicio de emergencia, servicio social, gabinetes de diagnóstico, laboratorios clínicos y de anatomía patológica etc., sino también el técnico administrativo, que tiene igualmente una importancia fundamental, considerándose como sus dependencias las secciones: de estadística que tendrá a su cargo tanto la estadística médica, a base de historias clínicas completas como la económia o administrativa, y las de contabilidad, compras, almacenes, admisión, etc. Se comprende que con las limitaciones económicas de la Sociedad de Beneficencia Pública, esta reorganización, que significa un desembolso considerable, no podría efectuarse en una sola etapa, pero si de manera gradual, en etapas sucesivas y de acuerdo con el Plan que se apruebe. De esa menera, dentro de pocos años se puede modificar totalmente la actual fisonomía del Hospital Goyeneche, convirtiéndolo en un organismo moderno, que cumpla todos los requisitos de la asistencia hospitalaria de nuestra época y que esté también, en relación con el prestigio médico de Arequipa, la segunda ciudad del Perú.

Desde luego que este Plan que bosquejamos de ninguna manera interferiría el de construcción del Hospital General Mixto, ya que cuando se llegara a concluir este nuevo nosocomio no por ello se abandonaría el Hospital Goyeneche como tal, pues bien podría seguir prestando servicios como un Hospital de enfermos crónicos o de enfermos mentales. Y así se habría completado la asistencia de los enfermos en esta ciudad en sus aspectos más destacables.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

COMENTARIOS

COMENTARIO DEL INFORME DE LA COMISION ENCARGADA DE ESTUDIAR Y PROPONER LAS CONDICIONES MAS ADECUADAS PARA LA ORGANIZACION DE LAS PRESTACIONES Y SERVICIOS MEDICOS DEL SEGURO DEL EMPLEADO

El informe de esta Comisión, constituye un documento amplio, profundamente meditado y de conclusiones equitativas. Contempla los intereses de la Nación en cuanto al cuidado de la salud de los empleados, los de la Institución del Seguro como entidad organizadora y la de los médicos y profesionales afines como elementos ejecutivos y técnicos.

Uno de los principales problemas por resolver para la implantación del Seguro del Empleado es el que atañe a la conciliación entre las aspiraciones de los empleados, los métodos del Seguro y los derechos de los médicos. Los primeros, desean que su atención, preventiva y asistencial, pero principalmente esta última, sean lo mejor posible, y también, lo más económica, independientemente del método o sistema que se emplee para conseguirlo. A la institución del Seguro del Empleado le conviene que el número de asegurados sea grande y que sus prestaciones sean lo menos costosas posibles, dentro de un marco de máxima eficiencia. Los médicos, por su parte, además del interés científico que proporciona el amplio sector de los empleados, defienden sus derechos de profesionales libres.

Los empleados podrán conseguir la segunda aspiración o sea el abaratamiento de la atención médica por medio del Seguro del Empleado. Pero no puede afirmarse lo mismo en cuanto a la primera aspiración o sea a la calidad de la atención, puesto que ella no depende exclusivamente del aspecto material de los organismos encargados de proporcionársela, sino además del factor personal. Teniéndolo en cuenta, debe subsistir, para los empleados, el derecho de elegir al sistema y médico tratantes. La Comisión se ha pronunciado en ese sentido, preconizando la organización de un sistema de prestaciones médicas de Libre Elección, funcionando simultáneamente con el del Seguro.

Los médicos, en un país democrático como el nuestro, obtienen su título profesional, con la dirección docente de la Facultad de Medicina, pero gracias a su propio esfuerzo intelectual, moral y material. Por lo tanto, tienen el legítimo derecho de utilizarlo libremente, sin más taxativas que las que establece su Código de Etica Profesional. Ese derecho, solo podría ser limitado por alguna institución, cuando esta hubiese asumido los esfuerzos y gastos que exigen el logro del título. De esto se desprende que, los médicos, requieren de un campo de aplicación para su profesión liberal y, por lo tanto, el Seguro del Empleado, debe respetárselo.

Pero, el Seguro, necesita del concurso de los médicos para cumplir su misión. Para ello, debe contratar sus servicios. Esta contratación debe efectuarse dentro de condiciones que satisfagan los intereses de los empleados, de los empleadores, del Estado, pero con criterio equitativo para los médicos. Esto equivale a decir que su designación se regirá a base de una selección imparcial en la que se contemple, su capacidad técnica y sus méritos profesionales, expuestos mediante concursos de oposición.

En otro punto, el Informe se refiere a la extensión que debe abarcar el Seguro del Empleado y dentro de su organización, propone la creación de Centros de Medicina Preventiva que desarrollarían programas de prevención y control de Enfermedades Transmisibles y de examenes periódicos de salud. La inclusión de esta función, dentro de la estructura del Seguro, viene a completar su finalidad. En efecto, ella consiste en proteger la salud de los asegurados y tal propósito, implica medidas de caracter preventivo y asistencial. Una sola de ellas, resulta, por razones obvias, insuficiente. Su funcionamiento coordinado, representa, a la larga, una positiva economía.

El entrenamiento del personal, es una recomendación de gran importancia porque uno de los obstáculos principales con que tropiezan los programas asistenciales y preventivos en el Perú, tanto para su organización como para su ejecución, es la falta de personal idóneo. Su deficiencia se nota en el aspecto cuantitativo y cualitativo. En cuanto el problema se refiere a personal de enfermeras, cabe añadir a lo sugerido por la Comisión, la urgencia de crear en el Norte y Sur de la República, escuelas de enfermeras.

Pero también hay que fomentar el perfeccionamiento de los médicos ya sea en la capital o en el extranjero. Esto cabe recomendar, sobre todo, para los que trabajan en provincias y, por su alejamiento, no pueden aprovechar de las oportunidades que se presentan corrientemente y de las que solo suelen aprovechar los que radican en Lima. Pero, es oportuno señalar que tales ventajas no deben ofrecerse solo a los médicos al Servicio del Seguro sino a todos los que acrediten méritos apreciables. El mejoramiento del nivel científico de los profesionales, se traduce siempre, en un beneficio para la salud de la colectividad y conviene estimularlo.

Como una consecuencia inmediata de este mejoramiento, surge el afán de la investigación científica que también es preciso auspiciar ya que la resolución de los problemas de Patología Nacional, dependen principalmente, de este interés que solo pueden sentirlo los médicos e instituciones del país.

El Informe se refiere, al final, a la forma progresiva en que degen irse instalando los organismos y aplicando los métodos que propone. Esto es razonable. Pero es preciso hacer notar que, en cuanto a Arequipa y otras ciudades importantes de la República, se refiere la organización y funcionamiento, en su aspecto integral puede y debe ser puesto en marcha, inmediatamente. De esta manera, el ideal del Seguro se confundirá con el de la clase médica, la que mucho antes que cualquier otra institución, ha venido buscando la manera de conseguir el mantenimiento o la recuperación de la salud de todos los ciudadanos, a traves de su labor cotidiana y silenciosa.

En resumen, el informe que comentamos, es un documento en el que, los autores han considerado todos los intereses, sin lesionar ninguno y teniendo siempre en

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

monte, como último fin, los supremos deberes del Estado en relación con el cuidado de la salud de los empleados, han propuesto solucones técnicas y equitativas. La Asociación Médica de Arequipa que en todo momento sostuvo, serenamente, los puntos fundamentales contenidos en el Informe, se ratifica en su opinión, apoyándolo integramente. Y, espera confiada, en que los organismos ejecutivos del Gobierno, lo pongan en vigencia, a la brevedad posible.

INFORME DE LA COMISION ENCARGADA DE ESTUDIAR Y PROPONER LAS CONDICIONES MAS ADECUADAS PARA LA ORGANIZACION DE LAS PRESTACIONES Y SERVICIOS MEDICOS DEL SEGURO DEL EMPLADO

A mérito de la Resolución Suprema de 25 de Junio de 1951, la Comisión encargada de estudiar y proponer las condiciones más adecuadas para la organización de las prestaciones de Servicio Médico del Seguro Social del Empleado, ha tomado debidamente en consideración la fundamentación de dicho Decreto que establece la necesidad de otorgar a los asegurados las más amplias prestaciones y ofrecer a los médicos el fomento de sus legítimas aspiraciones, su perfeccionamiento profesional y el cultivo de la investigación científica, para, dentro de este plan de acción, atender en condiciones ideales la salud del empleado.

Dentro de este amplísimo concepto asistencial, la Comisión entiende que será preciso movilizar, las fuerzas vivas de la profesión médica, cultivar su preparación y atender al fomento de las disciplinas especializadas y de los servicios auxiliares que el Seguro ha de reclamar en su desenvolvimiento a través de etapas sucesivas de adaptación a nuestras realidades geograficas, sociales y economicas. Selección y preparación del personal constituye condición básica adecuada para la mejor atención médica. Así, las funciones del hospital y las de los centros de asistencia, en general, serán satisfechas con eficiencia y responsabilidades.

Para llenar èste desideratum, para que la asistencia goce de toda garantía, la Comisión cree que es indispensable asegurar la independencia de sus organismos técnicos constitutivos, dandoles un caracter apolitico, procurando robustercer su constitución mediante representación adecuada de la Facultad de Medicina y de la Federación Médica Peruana, y haciendo uso de un escalafón profesional y del sistema de concursos para la otorgación de cargos.

Sobre estas caracteristicas, la Comisión ha redactado el plan adjunto que señala las condiciones básicas que consideramos más adecuadas para la organización y reglamentación de las prestaciones de Servicio Médico del Empleado.

En sus líneas generales comprenden:

DIRECTORIO

Dirección Técnica	Comité de Asistencia por libre elección.	Gerencia

La dinámica de este proyectado plan de organización directivo-administrativo está dado por las correlaciones inteligentes que enlacen sus diversas funciones ejecutivas: Economía, Administración y Servicios Técnicos. Por ello, conviene insistir con precisión en que el Directorio del Seguro ha de conjugar, en un solo espíritu y en una sola acción, la coordinación de actividades de dichos organismos directivos y la integración de sus propósitos asistenciales.

La Comisión ha prestado muy seria consideración al derecho humano que asiste al asegurado para elegir libremente su médico, pero al mismo tiempo ha contemplado la necesidad de brindarle centros medicos de asistencia perfectamente organizados y dotados de todos los recursos que la ciencia ofrece a la medicina. En consecuencia, lo que es refiere a las modalidades de asistencia, está persuadida de que, al lado de la atención en los servicios del Seguro con su propio personal, debe mantenerse el sistema de la Libre Elección del médico por el asegurado, con sus tradicionales caracteristicas de confianza y de fé que rebustece la eficiencia y devolución del médico elegido.

Para garantizar esta elevada finalidad y ponerla en práctica, se ha establecido un Comité de Honorarios y Controles integrado por representantes del Estado, de la Facultad de Medicina y de la Federación Médica Peruana, comité que ha de centralizar la máxima autoridad para asegurar en la asistencia la más rígida ética profesional.

La Comisión espera que la coexistencia de los dos sistemas sea un estímulo para la mejor atención del asegurado; está convencida de que así ha de contribuirse al progreso científico de la profesión y, en fin, permitirá ofrecer a todos los médicos del país una oportunidad para colaborar con toda elevación en el noble propósito de bienestar social que significa la salud del empleado.

Primero. — Campo de aplicación.

La finalidad del Seguro de Enfermedad es asegurar atención médica a las personas que en razón del reducido monto de sus rentas no están en condiciones de afrontar por si solas el costo de la enfermedad.

Es por esto que consideramos que el Seguro Social del Empleado debe limitar su campo de aplicación a los empleados que perciben una renta familiar liquida inferior a determinada cantidad que deberá señalarse previo estudio del costo de vida y del costo de la atención médica. Para fijar ese límite deberá tenerse en cuenta también las cargas de familia en forma análoga a la que hace la Dirección General de Contribuciones para fijar la renta imponible.

Segundo. — Organización directivo - administrativa.

La Dirección y Administración del Seguro Social del Empleado estará a cargo de un Directorio cuya función ejecutiva la llevará a cabo a través de:

A) Dirección Médica (Para las prestaciones en los establecimientos propios del Seguro.
B) De la Comisión de Tarifas y Control de prestaciones por el sistema de libre elección.
C) De la Gerencia.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

DIRECTORIO.

Constitución.

Estará formado por un delegado que designen cada uno de los siguientes organismos:

a) El Gobierno.
b) Los empleadores.
c) Los empleados.
d) La Federación Médica o Colegio Médico.
e) La Facultad de Medicina.

Este organismo debe ser apolitico y el delegado del Gobierno debe ser persona aue no ejerza función pública.

Para establecer la coordinación entre el Directorio y los Organismos ejecutivos, el Presidente de la Comisión de Tarifas. el Directorio Médico y el Gerente integrarán un Comité Directivo como Miembros informantes con derecho a voz pero no a voto.

El Presidente del Directorio será el Delegado del Gobierno.

Estos cargos serán rentados.

Funciones.

Las funciones del Directorio serán orientar la política del Seguro en todos sus aspectos: administrativo, financiero y técnico y decidir las cuestiones que le sean planteadas por los organismos ejecutivos (Dirección Médica, Comisión de Prestaciones por el sistema de libre elección y Gerencia).

DIRECCION MEDICA

Constitución.

La Dirección Médica estará a cargo de un Jefe Ejecutivo Médico nombrado por el Directorio y de las dependencias necesarias.

Funciones.

Tendrá como funciones:

a) Estudiar y planear la organización de los servicios y prestaciones médicas en cada una de las regiones del país.

b) Hacer un estudio detallado de los planos de cada uno de los edificios que deben construirse para esos servicios (Hospitales, Consultorios, Centros de Salud, etc.)

c) Dotar a cada uno de esos servicios del equipo necesario para su buen funcionamiento.

d) Seleccionar y preparar al personal profesional (médicas, odontolgoos, farmaceuticos, obstetrices, enfermeras y técnicos auxiliares).

e) Estudiar e informar sobre le funcionamiento de cada uno de los servicios e insinuar las modificaciones que deben implantarse.

Comisión de tarifas y control de prestaciones por el sistema de libre elección.

Constitucicn.

Estará formada por cuatro médicos de los cuales dos serán designados por el Directorio, uno por la Facultad de Medicina y uno por la Federación Médica (o el Colegio Médico si se establece).

Funciones.

Sus funciones serán las siguientes:

a) Organizar y supervigilar el sistema de prestaciones por libre elección, tanto en el consultorio, como en el domicilio o atención en hospitales y clínicas privadas.

b) Elegir el personal de médicos funcionarios que deben hacer el control de las prestaciones.

c) Proponer al Directorio, previo estudio, las tarifas de las prestaciones médicas.

d) Revisar periodicamente dichas tarifas.

e) Resolver, en primera instancia los reclamos de orden técnico, relativos a las prestaciones por el sistema de libre elección.

Organización de los servicios asistenciales.

Los servicios asistenciales del Seguro cumplirán las siguientes finalidades:

a) Medicina Preventiva.
b) Atención Médica Curativa.
c) Enseñanza.
d) Investigación científica.

Los servicios de atención médica que organice el Seguro deberán constituir, en cada región del país, un sistema escalonado de Centros Médicos, constituidos en principio por los siguientes Servicios:

a) Hospital regional con Servicio de medicina preventiva y curativa completos: de medicina, cirugía y todas las especialidades ubicadas en cada Capital de la Región.

b) Hospitales cabeza de zona, en ciudades importantes, semejantes a los anteriores, pero solo con las principales especialidades.

c) Hospitales locales, para la atención de medicina y cirugía general, ubicados en ciudades pequeñas o zonas rurales.

b) Consultorios médico quirurgico generales con servicios de hospitalización de emergencia.

c) Centros de Medicina Preventiva.

f) Centros de Salud o postas médicas en las zonas rurales.

g) Atención médica a domicilio.

Los servicios de Medicina Preventiva, tanto los que esián anexos a los Hospitales, como los que se organicen especialmente en Centros de Medicina Preventiva, cumplirán las siguientes funciones:

1) Examenes períodicos de salud incluyendo encuestas tuberculino-radiologicas y serologicas.
2) Inmunizaciones contra las enfermedades susceptibles de evitarse, con vacunas.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Preparación del Personal.

Se harán mediante:

1) Becas de perfeccionamiento.
2) Escuelas de Enfermeras.
3) Cursillos de preparación de Técnicos Auxiliares (Laboratorio — Rayos X — Fisioterapia, etc.)
4) Cursillos de perfeccionamiento y especialización para profesionales.
5) Biblioteca y publicaciones.

Investigación científica.

La Dirección Médica deberá organizar un Servicio de Estadística Médica que permita aprovechar el valioso material clínico en trabajos de investigación. Los laboratorios y demas Servicios de los centros médicos darán facilidades a los médicos del Servicio que quieran hacer investigaciones científicas.

Sistema de elección de personal.

El personal profesional que ha de prestar servicios en el Seguro deberá ser designado por el Directorio, de preferencia por el sistema de concurso.

Los jurados serán nombrados por el Directorio.

Remuneración de los profesionales.

Se procurará que los profesionales que desempeñen funciones directivo-administrativas trabajen a dedicación exclusiva y perciban remuneración adecuada

Deberá confeccionarse un escalafón de acuerdo con la reglamentación que se dicte.

Los profesionales con función clínica percibirán haberes en relación a las horas de trabajo que se les asigne.

Para unos y otros el Seguro Social dará facilidades para viajes de perfeccionamiento, dentro del país y al extranjero, concurrencia a certámenes científicos etc.

Proceso de organización.

Un plan tan vasto como el que se preconiza requiere para llevarse a la práctica, un largo período de tiempo. El proceso de organización será, por consiguiente paulativo especialmente al darse los primeros pasos a fin de ensayar los métodos y reajustarlos antes de implantarlos en todo el país.

Es aconsejable que la organización se inicie en tres tipos diferentes de provincias: una en que la capital es una ciudad importante en la que actuan numerosos médicos y especialistas, como Arequipa; otra como Ica, que cuente con número apreciable de médicos, pero en la que todos practican la medicina general y una tercera, como Canta en la que hay muy pocos médicos.

Firmado: **Dr. Telémaco Battistini.**
" **Dr. Carlos Monge M.**
" **Dr. Amador Merino Reyna.**
" **Dr. Luis Angel Ugarte.**
" **Dr. Francisco Graña.**
" **Dr. Rafael Alzamora.**
" **Dr. Gilberto Morey.**

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

MEDICINA AL DIA

SINDROME DE ADAPTACION

(Transcrito de FISIOPATOLOGIA CLINICA. William A. Sodeman. Editorial Inter-americana S. A. México 1952)

Hans Selye ha demostrado que, en respuesta a toda clase de acontecimientos perjudiciales por ejemplo exposición al frío, calor, reacciones a fármacos, fracturas, infecciones, intervenciones, quemaduras u otros traumatismos, el organismo responde, como parte de su mecanismo adaptativo, con una respuesta hormonal similar a la del síndrome de Cushing. La sucesión de acontecimentos parece ser la siguiente: 1o. fenómeno perjudicial; 2o.) en alguna forma es estimulado el hipotálamo; 3o.) los impulsos alcanzan la hipófisis anterior y originan la liberación de hormona adrenocorticotrófica que 4o.) libera gran cantidad de hormona suprarrenal "de azúcar" (corticosterona y sus derivados); 5o.) ello inicia cambios corporales en el sentido de inhibir la anabolia general de los tejidos. Al mismo tiempo la hormona "de azúcar" produce destrucción de tejido linfoide con liberación de globulinas inmunes, que ayudan a combatir el insulto cuanda se trata de una infección. La inhibición de la anabolia del protoplasma llena el sistema de toda clase de materiales de construcción anabólica y así estos materiales se hallan disponibles en grandes cantidades en la zona lesionada. Se cree que a nivel de la zona lesionada hay un factor estimulante local que puede compensar el efecto general de la hormona "de azúcar" y producir un máximo de regeneración tisular. Después de esta fase "catabólica" el paciente pasa a una fase anabólica durante la cual hay intensa anabolia de los tejidos en todo el cuerpo así como a nivel de la zona lesionada; esto prosigue hasta que la convalecencia se ha completado. En la fase "anabólica" ya no hay exceso de homona "de azúcar"; en su lugar hay un exceso de hormona "de nitrógeno" (Hormona Andrógena).

Según Selye el individuo pasa por una serie de fases. Primero es la de shock, luego la de contrashock, reunidas con el nombre de "reacción de alarma". Después de ello pasa por una fase en la cual su resistencia al mismo tipo de insulto es mucho mayor que antes pero su resistencia a otros tipos de fenómenos perjudiciales está muy disminuida; finalmente, si el insulto persiste, entra en una fase de agotamiento y acaba por morir; si el insulto cesa, entra en una fase de convalecencia y acaba por recuperarse.

En el "síndrome de adaptación" que acabamos de describir la sucesión de acontecimientos se relaciona con un sistema endocrino cuádruple. La corteza suprarrenal produce por lo menos tres tipos de hormonas (la hormona "de tipo desoxicorticosterona" (Hormona de acción similar a la desoxicorticosterona), la hormona "de azúcar" y la hormona "de nitrógeno"); por lo tanto, la hormona "de acción tisular" tiene tres partes en relación con el sistema hipófisis-suprarrenal. Los investigadores no están de acuerdo acerca de si la hormona pituitaria "trófica" tiene tres partes para corresponder a estas tres hormonas "de acción tisular". En las consideraciones siguientes vamos a admitir que hay una hormona "trófica" que regula la hormona "de azúcar", que hay otra hermona "trófica" que regula la hormona "de nitrógeno", y que no hay hormona "trófica" que regule la hormona "de tipo desoxicorticosterona".

El sistema endocrino regulador de la hormona "de tipo desoxicorticosterona" parece comportarse siguiendo el esquema simple del sistema de dos componentes (las necesidades tisulares estimulan la glándula para que produzca una hormona que excita los tejidos corporales). La concentración sanguinea de algún electrolito, probablemente el sodio, parece regular la producción de este tipo de hormona por parte de la corteza suprarrenal. Además, estudios recientes permiten sospechar que la hormona "de azúcar" inhibe la producción de hormona "de tipo desoxicorticosterona" y también de hormona "de nitrógeno".

En consecuencia, la sucesión de acontecimientos en el "síndrome de adaptación" puede ampliarse como sigue: La gran cantidad del hormona "de azúcar" que es liberada inhibe las hormonas "de nitrógeno" y "de tipo desoxicorticosterona"; ello evita la acumulación general de protoplasma y líquido extracelular. Cuando la producción excesiva de hormona "de azúcar" termina y la acción inhibidora desaparece, las hormonas "de nitrógeno y "de tipo desoxicorticosterona" son producidas en cantidades más elevadas que estimulan la anabolia general del protoplasma y el restablecimiento del equilibrio de agua y electrolitos durante la convalecencia. El concepto de "síndrome de adaptación" constituye otra aportación a los mecanismos homeostáticos que entran en juego en un esfuerzo para mantener las mejores condiciones para el individuo.

El síndrome de Cushing, que correspondería a un tipo más prolongado de la fase transitoria del síndrome de adpatación, alcanza gran importancia para el clínico investigador. Además, el síndrome de Cushing también es importante porque el tipo anormal de esteroides que se observa en este proceso es parecido al tipo anormal de esteroides en pacientes cancerosos. Todavía es demasiado temprano para saber si los cambios en los esteroides son la causa o la consecuencia del crecimiento neoplástico. Al mismo tiempo, un estudio profundo del síndrome de Cushing quizá proyecte luz sobre el problema de las afecciones malignas.

Enfermedades de adaptación; acción de la hormona adrenocorticotrófica hipofisiaria y de los esteroides corticosuprarrenales en procesos no endocrinos. — Cuando se aplica el concepto de "síndrome de adaptación" a la medicina clínica, se deduce que hay un componente endocrino en las manifestaciones de todas las enfermedades y que el término trastorno "no endocrino" solo es correcto si se refiere al lugar de la lesión primaria o inicial. Cabe anticipar que el estudio del papel desempeñado por este componente aportará importantes contribuciones a nuestros conocimientos de fisiología patológica, diagnóstico y tratamiento de todas las enfermedades generales.

Recientemente ha resultado manifiesto que hay procesos en los cuales el mecanismo homeostático del "síndrome de adaptación" no funciona adecuadamente. Así se ha desarrollado el concepto de "enfermedades de adaptación", con función anormal o defectuosa del sistema nervioso central, la hipófisis anterior, la corteza suprarrenal o los tejidos del cuerpo. El trastorno de la

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

adaptación puede manifestarse durante la fase de "reacción de alarma", durante la fase "catabólica" o durante la fase "anabólica".

La adaptación incompleta durante la "reacción de alarma" es de observación común. Es evidente que un estímulo nocivo originará las manifestaciones clínicas del shock en cualquier persona si es suficientemente intenso. Sin embargo, todavía no está muy claro el motivo por el cual el mismo insulto que produce una reacción relativamente ligera en una persona la ocasiona de enorme gravedad en otra. ¿Qué es lo anormalmente resistente en una persona o extraordinariamente sensible en otra, el sistema nervioso central, la prehipófisis, la corteza suprarrenal o los tejidos corporales? Quizá pueda presentar trastorno funcional al mismo tiempo más de un componente del sistema. Puede ocurrir que un estímulo anterior del mismo tipo haya creado la "fase de resistencia" descrita por Selye, de manera que el nuevo insulto produzca poca acción. Como los mecanismos patológicos todavía son oscuros, es poco lo que cabe decir acerca de terapéutica, exceptuando una sugerencia: en última instancia podrá comprobarse que, en un caso específico, agentes y técnicas que aumenten o disminuyan la acción de uno o más componentes del sistema, tendrán efecto beneficioso sobre las manifestaciones clínicas del shock.

Además infecciones fulminantes agudas suelen acompañarse de intensa "reacción de alarma". Un ejemplo de ello es la infección con meningococos en la cual el requerimiento de producción de hormona "de azúcar por la corteza suprarrenal es tal que la glándula se agota con hemorragia y se destruye; este es el síndrome de Waterhouse-Friedrichsen. Está indicada la administración de cantidades masivas de hormona "de azúcar".

Ocurren muchos trastornos de adaptación durante la fase "catabólica" del "síndrome de adaptación". En muchos procesos patológicos del hombre, se observan lesiones similares (no idénticas) con los cambios patológicos que pueden producirse en los animales administrándoles grandes dosis de desoxicorticosterona; en consecuencia, se ha expresado la hipótesis de que en el hombre estos trastornos potológicos dependerían de una producción excesiva de hormona de "tipo desoxicorticosterona" por la corteza suprarrenal. Estos procesos potológicos incluyen en particular trastornos del sistema cardiovascular como la periarteritis nudosa, enfermedades reumáticas como la artritis reumatoide y la fiebre reumática, hipertensión y enfermedad arterielar renal con nefroesclerosis. Una de las adquisiciones más extraordinarias que recientemente ha hecho la medicina ha sido la respuesta espectacularmente beneficiosa de muchos de los enfermos que sufren estos trastornos a la administración de grandes dosis de hormona prehipofisiaria adrenocorticotrofica (ACTH) o de grandes dosis de preparados de hormona "de azúcar" (como la "cortisona").

Se han obtenido respuestas igualmente espectaculares para estos agentes en número considerable de otras enfermedades del hombre en las cuales resultan menos claros los signos que permiten sospechar un aumento en la producción de hormona "de tipo desoxicorticosterona". Incluyen el lupes eritematoso diseminado, enfermedades difusas de la colágena, dermatomiositis, escleroderma psoriasis y artritis psoriática, pénfigo, gota, nefritis aguda, nefritis crónica, nefrosis, estado asmático, asma bronquial, rinitis alérgica, dermatitis atópica, hipersensibilidad medicamentosa y otros estados alérgicos, colitis ulcerosa, miastenia grave, intoxicación alcohólica aguda, algunos trastornos psiquiátricos y otros infecciones agudas, hasta donde hoy se sabe, estas alteraciones beneficiosas solo deben considerarse remisiones temporales, no cambios permanentes o "curaciones".

Sin embargo, en algunos procesos patológicos la administración de hormona adrenocorticotrofica o de "cortisona" no ha producido efecto ninguno o quizá ha empeorado a los enfermos; estos procesos incluyen la hepatitis por virus, tuberculosis, poliomielitis, algunos trastornos neurológicos crónicos y determinados estados psiquiátricos. No todas las manifestaciones de estos agentes hormonales han sido beneficiosas incluso en pacientes que han logrado alivio de su enfermedad primitiva. Cierto número de pacientes han presentado manifestaciones diversas que recuerdan el síndrome de Cushing, como obesidad, acné, hirsutismo, hipertensión- estrías cutaneas amenorrea, edema y trastornos del metabolismo glúcido, algunos de los enfermos que recibieron hormona adrenocorticotrofica presentaron euforia extrema, nerviosidad intensa, estados maníacos y convulsiones. Estos efectos secundarios ponen de manifiesto la necesidad evidente de un estudio mucho más profundo antes que pueda determinarse el lugar exacto que corresponde a estos preparados hormorales en etrapéutica.

Si las enfermedades que han respondido en forma espectacular a la hormona adrenocorticotrofica se clasifican como procesos que en alguna forma dependen de "trastornos de adaptación" quedan por explicar algunos hechos: 1o.) Algunos de los trastornos parecen ir acompañados de producción aumentada de hormona "de tipo desoxicorticosterona". 2o.) Las manifestaciones de exceso de actividad de hormona "de tipo desoxicorticosterona" en estos procesos pueden disminuir considerablemente si se administran grandes cantidades de hormona "de azúcar", que inhibe la hormona" de tipo desoxicorticosterona". 3o.) Por lo tanto, la hormona "de azúcar" no debe estar presente en cantidad suficiente en los pacientes con signos de exceso de hormona "de tipo desoxicorticosterona". 4o.) A pesar de esta aparente deficiencia en la producción de hormona "de azúcar", en la mayor parte de estos enfermos no puede demostrarse insuficiencia suprarrenal con las pruebas funcionales corrientes.

Se propone la siguiente sucesión de acontecimientos para explicar el transtorno de adaptación en estos procesos: 1o.) El proceso patológico inicia una reacción en el lugar donde se produce la lesión tisular local. 2o.) Por algún mecanismo desconocido ello afecta el sistema nervioso central, que a su vez "enciende" la prehipófisis para que aumente la cantidad de hormona adrenocorticotrofica liberada; esta hormona estimula la corteza superarrenal para que produzca hormona "de azúcar", la que a su vez actúa sobre los tejidos corporales. 3o.) En este punto se establece cierto "bloqueo" o "resistencia" lo cual evita todo aumento ulterior de liberación de hormona adrenocorticotrofica y de hormona "de azúcar" en respuesta a este particular estímulo local. 4o.) El sistema corteza suprarrenal - hipófisis todavía es capaz de responder a otros estímulos, por lo tanto no hay signos

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

de insuficiencia corticosuprarrenal. 5o.) La menor producción de hormona "de azúcar" tiene por consecuencia un aumento de producción de hormona "de tipo desoxicorticosterona" en algunos procesos, y de un estado "catabólico" crónico en otros. 6o.) El exceso de hormona "de tipo desoxicorticosterona" origina la "enfermedad de adaptación" en algunos pacientes; la falta de hormona "de azúcar" impide que se complete la fase "catabólica" en otros pacientes y por lo tanto les origina una "enfermedad de adaptación".

Si esta sucesión de acontecimientos fuera cierta en la fisiopatología de las "enfermedades de adaptación", explicaría los efectos beneficiosos de la administración hormona adrenocorticotrofica o de hormona "de azúcar" ("cortisona"), ya que estos fármacos inhibían la producción de hormona "de tipo desoxicorticosterona" y estimularían el proceso de la fase "catabólica" hacia la fase de convalecencia o "anabólica" que terminaría el restablecimiento. La demostración, en alguna de las "enfermedades de adaptación", de que la corteza suprarrenal responde normalmente al estímulo de la hormona adrenocorticotrofica produciendo hormona "de azucar", y el hecho de que la hipófisis anterior responde produciendo hormona adrenocorticotrofica a la administración de adrenalina, favorecen la interpretación según la cual en estas "enfermedades de adaptación" donde habría "bloqueo" o "resistencia", sería entre el lugar de la lesión y el sistema nervioso central.

Se ha intentado desencadenar los cambios que produce la hormona adrenocorticotrofica y la "cortisona" en estas "enfermedades de adaptación" (por ejemplo en la artritis reumatoide) administrando otros esteroides como testosterona, progesterona, pregnenolona, desoxicorticosterona con ácido ascórbico, etcétera. Los resultados han sido mucho menos espectaculares, pero algunos investigadores pretenden haber obtenido beneficio en casos determinados. Para explicar el mecanismo de tales respuestas pueden concebirse varias posibilidades: 1) Estos esteroides podrían estimular la liberación de hormona adrenocorticotrofica. 2) Podrían estimular la liberación de hormona "de azúcar". 3) Quizá inhiban la hormona "de tipo desoxicorticosterona" o 4) Pueden alterar las respuestas de los tejidos a nivel de la lesión de manera que el "bloqueo" o la "resistencia" entre este lugar y el sistema nervioso central quede suprimido. La perfusión in vivo de una suprarrenal con desoxicorticosterona, o la incubación de este esteroide con un homogeneizado de tejido corticosuprarrenal libre de células, tiene por consecuencia la producción de hormona de azúcar"; ello explicaría también la posible eficacia de estos otros agentes esteroides.

Se han logrado remisiones temporales por administración de hormona adrenocorticotrofica o de "cortisona" en pacientes con leucemia linfática aguda o crónica y con tipos diversos de linfomas o tumores linfoides malignos. No se han logrado hasta hoy resultados netos con estos agentse en otros tipos de crecimiento neoplásico. Las respuestas observadas en los linfomas quizá dependan del mecanismo antes indicado, ya que la formación tumoral puede actuar como lesión tisular local productora de estímulo. Además, como la hormona "de azúcar tiene acción antianabólica no cabe excluir un efecto directo de esta hormona inhibiendo el crecimiento de tejido neoplásico.

Durante la fase "anabólica" del "síndrome de adaptación" se observan todavía otros tipos de "enfermedades de adaptación". Muchos pacientes responden normalmente en la fase "catabólica" pero no alcanzan la fase "anabólica". Esto ocurre con frecuencia en enfermedades debilitantes crónicas. Los signos del proceso patológico crónico ceden, pero la recuperación de la desnutrición y la pérdida de tejido proteínico se retrasa. Tales pacientes benefician en forma espectacular de la administración de andrógenos como la testosterona, con intensa anabolia el protoplasma, aumento del peso, apetito y fuerzas. En las mujeres, la adición de estrógeno al andrógeno disminuye las manifestaciones masculinizantes de esta última hormona sin impedir los efectos anabólicos beneficiosos.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE AREQUIPA

NUEVA DIRECTIVA DE LA REVISTA MEDICA DE AREQUIPA

La Revista Médica de Arequipa renovó su directiva de acuerdo a sus estatutos. Como resultado de la elección, ha quedad constituída de la siguiente manera:

Director: Dr. Jorge Becerra de la Flor.

Secretario: Dr. José Eguren Cáceres.

Tesorero: Dr. Manuel Delgado Arenas.

Cuerpo de Redacción:

Dr. Javier Llosa García.
Dr. Carlos Neuenschwander Landa.
Dr. Felix Lazo Taboada.
Dr. Guillermo Ballón Landa.

Corresponsal en Lima:

Dr. Eduardo Ramírez del Villar.

NUEVOS DELEGADOS DE LA ASOCIACION ANTE LA FEDERACION MEDICA PERUANA.

Han sido designados, como delegado titular el Dr. Eduardo Ramírez del Villar y como suplente, el Dr. Rodolfo Landa Cannon.

El Dr. Jorge de Romaña Plazoles, ha sido ratificado en su cargo de delegado titular.

JUNTA DIRECTIVA DE LA FEDERACION MEDICA PERUANA.

La nueva directiva de la Federación Médica Peruana, ante quien nuestra Asociación ha presentado sus delegados, renovó su junta directiva, cuya relación es la siguiente:

Presidente: Dr. Luis A. Suárez. — 1er. Vice-Presidente: Dr. Marcos Nicolini. — 2o. Vice-Presidente: Dr. Carlos Krumdiek: — Secretarios: doctores Félix Castillo y Manuel Agurto C.

Comites Técnicos:

De Trabajo Científico y de Educación Médica: Dr. Víctor Alzamora Castro.
De Problemas del Ejercicio de la Profesión: Dr. Froilán Villamón.
De Acción Gremial: Dr. Alfredo Levi Rendón.
De Previsión Social: Dr. Julio Bedoya Paredes.
Deontológico: Dr. José García Frías.
De Organización: Dr. Carlos R. Lanfranco La Haz.
De Informes Técnicos: Dr. Hernán Torres.
De Relaciones Institucionales: Dr. Vitaliano Manrique.
De Economía: Dr. Alejandro Higginson P.

ASOCIACION MEDICA DE AREQUIPA

Durante el presente año, la Secretaría de Acción Científica, organizó las siguientes conferencias científicas en el local de la Asociación:

Parasitósis intestinales en la Sierra Central del Perú, por el Dr. Payne, Investigador Clínico de los Laboratorios Parke Davis.

Un caso de Coccidiósis humana en Arequipa, por los Drs. José María Bustamante y Rivero y Manuel Torres Portugal.

Tumor Glómico, por el Dr. Jorge Becerra de la Flor.

Aspectos Clínico-Radiólogicos y enseñanzas que derivan, por el Dr. Eladio Sotelo, Jefe de la Sanidad Militar de Arequipa.

Trastornos funcionales de la contracción uterina (Sindrome de Schikelé), por el Dr. José Eguren Cáceres.

Carcinoma del cuerpo del Páncreas con sintomatología poco común, por el Dr. Guillermo Ballón Landa.

NOMINA DE LA NUEVA JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE MEDICOS DEL HOSPITAL GOYENECHE.

Presidente: Dr. Humberto Portillo.
Vice-Presidente: Dr. Carlos Andía Portugal.
Secretario: Dr. Ernesto Rodríguez Rivera.
Pro-Secretario: Dr. Guillermo Cabala.
Tesorero: Dr. Tomás Alemán.
Pro-Tesorero: Dr. René Molina Delgado de la Flor
Director de Conferencias: Dr. Daniel Paz y Basurco.
Bibliotecario: Dr. Luis Ortíz Zegarra.
Vocales: Dr .Mariano Palao, — Dr. Juan M. Vela Cornejo, — Dr. Manuel Delgado Arenas.

NUEVA JUNTA DIRECTIVA DEL HOGAR DEL MEDICO

Presidenta: Sra. Celia Arauzo de Portillo.
Vice Presidenta: Sra. Rosa de Alemán.
Secretaria: Sra. Carmela C. de Iarrín Vera.
Tesorera: Sra. Enriqueta K. de Barrionuevo.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REVISTA DE REVISTAS

Apreciación del Valor Protector de la Vacuna BGG.
Joseph D. Aronson y Charlotte Ferguson Aronson
J. A. M. A. 149: 334 Mayo 1952.

El valor de la vacuna BGG en el control de la tuberculosis fué determinado en un número de grupos de Indios en los Estados Unidos y Alaska. Niños de edad escolar y pre-escolar, todos los cuales eran negativos a la tuberculina, fueron colocados, por división alternada de tarjetas, en uno de dos grupos. Estos grupos eran comparables en número, edad y sexo. Los miembros de un grupo recibieron una sola inyección intracutanea de vacuna BGG recientemente preparada y no fueron revacunados durante el estudio. El segundo grupo recibió una inyección intracutanea de solución isotónica de cloruro de sodio y sirvió como control. Ninguno de los dos grupos fué aislado antes o después de la vacunación, y no se hizo ningún cambio en sus regímenes de vida. Se observó ambos grupos anualmente por los primeros 9 a 11 años del estudio, por medio de pruebas tuberculinicas y exámenes radiológicos del torax.

Se determinó la mortalidad por todas las causas y por tuberculosis 15 años después de la iniciación del estudio. La causa de muerte fué basada en exámenes radiológicos y de laboratorio, historias clínicas, notas de enfermeras y entrevistas personales con los parientes en aquellos pocos casos en los que el diagnóstico no había sido establecido. En ningún caso se aceptó el diagnóstico del certificado de defunción sin una investigación cuidadosa.

Durante los 13 a 15 años de observación murieron un total de 71 vacunados y 128 controles, por todas causas. Entre las 1551 personas vacunadas, observadas por un total de 21245.5 años persona, murieron 12 de tuberculosis, un coeficiente de 0.56 por mil años persona de observación. Entre los 1457 controles observados por un total de 19520.5 años persona, 65 murieron de tuberculosis, un coeficiente de 3.32 por mil años persona.

Entre las personas vacunadas y los controles, 59 y 63 respectivamente murieron por causas no tuberculosas, con coeficientes de 2.77 y 3.32 por mil años persona de observación.

De las 12 muertes por tuberculosis en el grupo vacunado, 6 fueron debidas a tuberculosis pulmonar, 2 a tuberculosis de huesos y articulaciones, 3 a meningitis tuberculosa y 1 meningitis tuberculosa y tuberculosis pulmonar. De los 65 controles no vacunados, 32 murieron de tuberculosis pulmonar, 2 de tuberculosis de huesos y articulaciones, y un total de 31 de tuberculosis aguda miliar o formas similares, incluyendo tuberculosis peritoneral. Las reacciones tuberculinicas de aquellos controles que murieron de formas agudas de tuberculosis fueron en la mayor parte negativas en el año de la muerte o habían resultado positivas por primera vez dentro de ese período.

Los datos observados por un período de 13 a 15 años sostienen el concepto de que hay una relación estrecha pero no absoluta entre la resistencia a la reinfección y la hipersensibilidad. La hipersensibilidad entre los vacunados, de los cuales murieron 12 de tuberculosis, varió entre 93.3% un año después de la vacunación y 90.2% once años más tarde. Entre los controles, 65 de los cuales murieron de tuberculosis, la hipersensibilidad aumentó de una incidencia de 12.7% un año después de la iniciación del estudio a 41.7% once años más tarde.

Aumento de la Excreción Urinaria de Noradrenalina y Adrenalina en los casos de Feocromocitoma.
U. S. von Euler.
AN. DE CIRUGIA. Vol. 10 No. 12:2120 dic. 51.

Como resultado del fisiologismo normal del sistema simpático adrenérgico, se hallan normalmente en la orina, pequeñas cantidades de aminas simpaticomiméticas: noradrenalina, adrenalina, e hidroxitiramina. La presencia de estos cuerpos en la orina, implica que son liberados dentro del torrente circulario y excretados por los riñones.

La noradrenalina se encuentra en todos los órganos, incluso las suprarrenales, siendo la neurohormona específica de los nervios adrenérgicos. La escasa cantidad de adrenalina presente en la orina, puede provenir de las suprarrenales y probablemente de otras fuentes; y la hidroxitiramina podría originarse por descarboxilación de la dihidroxifenilalanina.

Puesto que la noradrenalina y la adrenalina se hallan normalmente en la orina, se plantea la posibilidad de demostrar el aumento de estas aminas presoras en los casos de hipertensión arterial. En 6 casos de hipertensión arterial, la excreción de noradrenalina se halló acentuadamente aumentada, y en cada caso se extirpó quirúrgicamente un feocromocitoma. Después de la exéresis la excreción urinaria se normalizó. La extirpación del feocromocitoma produce a menudo hipotensión que puede llegar al shock; para controlar este estado usan la noradrenalina en infusión lenta, 1mg. por hora conjuntamente con transfusión sanguínea, tratamiento que lo continuan hasta tanto la tensión arterial llegue a su nivel normal.

Detención Cardiaca durante la Anestesia.
R. Ament, E. M. Papper, E. A. Rovenstine.
AN. DE CIRUGIA. Vol. 10 No. 3:1322 ago. 51.

Se presenta un estudio de 9 accidentes cardiacos de este tipo, ocurridos en 28.000 operaciones mayores. Como una demora en el diagnóstico de detención cardiaca, significa a menudo la muerte, el equipo operatorio debe ser decidido en establecer el diagnóstico inmediato y el tratamiento apropiado. Esta puede ser debida a una dosis excesiva de los agentes anestésicos ú otras drogas usadas, ó bien, la detención, puede ocurrir sobre una base reflexógena, con alteración del mecanismo normal de conducción. En estos casos se puede contar con un miocardio relativamente normal. En cambio en pacientes ancianos y debilitados, en los enfermos con enfermedad cardiaca o con anoxia crónica, existen más desventajas. Una circulación coronaria inadecuada (por

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

arterioesclerosis, o por una superficie de oclusión total con circulación colateral mínima) solo puede mantener un miocardio vigoroso, mientras sea adecuada la circulación general.

Los episodios de hipoxia y de hipotensión disminuyen acentuadamente la nutrición del miocardio, y al detenerse el corazón hay pocas esperanzas de resucitación eficaz.

Al cesar la actividad del corazón, debe instituirse inmediatamente el masaje cardiaco, directo, vigoroso y rápido. Una incisión transversa del 4o. espacio intercostal izquierdo, representa probablemente la forma ideal de descubrir el corazón para este masaje. Si se trata de una intervención en el abdomen superior, se podrá extender la incisión original hacia las costillas y atravesar el diafragma.

Las drogas endovenosas, antes del masaje, no producen efecto sobre la detención del corazón. Instituído el masaje, la medicación endovenosa no es llevada al corazón en concentraciones eficaces, en cambio las rápidas infusiones endovenosas de líquidos y sangre pueden ayudar materialmente a llevar la medicina indicada al corazón.

El uso de drogas en la resucitación cardiaca es aún un tema de controversia. La procaína tiene un potente efecto depresivo sobre el sistema de conducción. En la detención cardiaca en la que se administra epinefrina, debe emplearse procaina para impedir una repentina fibrilación ventricular: 100 mg. Procaina en sol 2% (5 cc.), se añaden a 0.5 c.c. de epinefrina sol. 1: 1.000 y se suministran intrauricularmente. Se está usando cloruro de bario para las asistolias con cámaras dilatadas. En la fibrilación ventricular debe probarse la Procaína o Pronestyl (amida de Procaina). El shock eléctrico de Beck puede llegar á ser importantísimo elemento en el arsenal para la fibrilación auricular.

Con la detención cardiaca, la circulación cerebral cesa inmediatamente y la anoxia cerebral da lugar a la destrucción del tejido nervioso, probablemente a los 3 minutos. En la clínica, la única evidencia concreta del minuto exacto en que cesa la actividad cardiaca, es la última anotación del pulso y presión sanguínea.

Traitement médical de la lithiase rénale en provoquant l'accroissement des colloides protecteurs urinaires par l'hyaluronidase. — (Ttratamiento médico de la litiasis renal provocando el aumento de los coloides protectores urinarios por la Hialuronidasa) — Arthur J. BUTT. Ernest A. HAUSER y Vincenzo TRAINA (U. S. A.) — LA PRESSE MEDICALE, 60: 106, 1952.

La orina constituye una solución sobresaturada y de composición muy compleja. Los electrolitos, asi como los elementos no electrolitos se encuentran en ella en solución teniendo una concentración mucho más elevada que la que debería indicar su solubilidad en el agua. Se encuentra la razón de este hecho en que la orina de un individuo sano encierra coloides que se oponen a la precipitación de los elementos contenidos en la solución sobresaturada. Dicen los AA. que conociendo la acción de los coloides sobre el aumento de la solubilidad de las sales susceptibles de formar cálculos y sobre la prevención de su precipitación, se tiene el derecho de suponer que si su poder protector está disminuido o es suprimido, los depósitos urinarios se formaran más facilmente. Se comprende entonces la importancia capital que tiene la acción protectora de los coloides urinarios para prevenir la precipitación, la aglomeración y conglomeración de los cristaloides. Si hay una insuficiente concentración de estos coloides protectores la formación de cálculos se desencadena y se acelera.

Después de haber estudiado la actividad coloidal en más de 680 muestras de orina provenientes de enfermos de distintos sexos, de mujeres embarazadas y de individuos de raza blanca y negra, determinando la concentración de partículas coloides al ultramicroscopio, la tensión superficial, y por estudios electroforéticos, llegan a la conclusión de que toda orina que presentaba una tensión superficial baja provenía de enfermos más o menos protegidos de la litiasis como son los negros; y esta condición favorable era debida a la presencia de coloides hidrófilos capilares —activos. La presencia de estos agentes capilares— activos es el factor principal en la prevención de la formación de cálculos provenientes de cristales solidos de materia inorgánica. Estos agentes operan como coloides de protección y de dispersión formando un gel reversible en combinación con el cristal embrión de dimensión coloidal en lugar del cristal sólido de materia inorgánica.

Los AA. han descubierto que la hialuronidasa no solamente reducía la tensión superficial de la orina, sino que si se mezclaba esta enzima a una solución salina y se la inyectaba bajo la piel, actuaba dispersando las minusculas partículas suspendidas en la orina é impedía la formación de cálculos, aumentando considerablemente los coloides protectores.

Han empleado la hialuronidasa en 11 enfermos, verdaderos litiásicos que elaboraban rapidamente sus cálculos, evitando así la formación o reformación de cálculos con magnífico resultado.

Thrombophlébites cérébrales et neuro-chirurgie. — (Tromboflebitis cerebrales y neuro-cirugía) L. CHRISTOPHE (Lieja). LA PRESSE MEDICALE, 59: 1194, 1951

El autor relata algunas observaciones de tromboflebitis cerebrales y piensa que el diagnóstico de esta afección puede y debe ser planteado en presencia de crisis frecuentes y subintrantes de epilepsia, de aparición súbita, en un enfermo que había sufrido recientemente una infección facial, amigdaliana o aun puerperal.

El tratamiento médico (anticoagulantes y antibióticos) consigue frecuentemente la curación de la mayoría de las tromboflebitis cerebrales. Sin embargo la posibilidad de complicaciones tardías (abscesos principalmente) hace indispensable la vigilancia cuidadosa y prolongada de estos enfermos por medio de ventriculografias y arteriografias repetidas.

Pero muy a menudo, después de una curación espectacular, el enfermo considera inutil someterse a tales exámenes. En consecuencia era necesario otro método de control. Las observaciones del autor, efectuadas con la ayuda de su asistente Thiry, le han permitido afirmar que la electroencéfalografia frecuentemente repetida es el método de elección. Permite afirmar y localizar el absceso con la mayor precisión, guiando asi la intervención quirúrgica. Además, la E.E.G. permite prever las posibilidades de epilepsia residual después de la evacuación y curación del absceso cerebral.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

BIBLIOTECA ENRIQUE ENCINAS HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

Les ulcéres de jambe au cours de la maladie de Raynaud. (Las úlceras de la pierna en el curso de la enfermedad de Raynaud).

P. PIULACHS y F. VIDAL - BARRAQUER (Barcelona)
LA PRESSE MEDICALE, 59:1197, 1951.

Los AA. describen un tipo de úlceras isquémicas de las piernas que tienen por etiología la enfermedad de Raynaud. Los 4 casos descritos fueron observados en mujeres que habían presentado crisis de enfermedad de Raynaud en las manos y pies.

Estas úlceras se localizan alrededor de los tobillos y en el dorso del pie. Se forman especialmente durante el invierno, sea espontaneamente, sea bajo la influencia de un ligero traumatismo; curando facilmente en verano. Comienzan por una escara o por una flictena que se rompe i forma posteriormente una escara, también puede comenzar por una placa eritematosa.

Se trata de úlceras poco extensas (2 a 4 cm.) rodeadas de un halo eritematoso, muy dolorosas, sobre todo al comienzo, y este dolor se acentúa con el reposo en cama, así como con la elevación de la pierna. La tensión arterial y el índice oscilométrico esta normales. Algunas veces se puede notar la coexistencia de otros trastornos tróficos de las extremidades inferiores: edemas esclerodermia, necrosis digitales. Histologicamente se observan las mismas lesiones que para las úlceras arteriales de otras etiologías.

Los AA. interpretan estas úlceras desde el punto de vista patologénico, como úlceras arteriales instaladas sobre tejidos sufriendo de isquemia persistente como consecuencia de lesiones producidas por la repetición intensidad y persistencia de crisis características de enfermedad de Raynaud, o debidas a un espasmo vascular sin crisis. La estasis venosa intervendría igualmente en el mantenimiento de éstas úlceras.

Los AA. han considerado el diagnóstico con las úlceras de la perniosis crónica, siempre múltiples, cuyo asiento y morfologia son diferentes y que no se acompañan nunca de crisis de Raynaud. Hacen igualmente la diferencia con el eritema indurado de Bazin y la vascularitis nodular, tanto por la localización como por el aspecto nodular típico de estas afrecciones. Así mismomo se tiene en cuenta la isquemia cutánea crónica de las piernas, enfermedad de origen hipoparatiroidec descrita recientemente por los autores de este trabajo. Esta ofección se diferencia de las úlceras de Raynaud, cuando también produce úlceras, en que las crisis típicas faltan completamente, mientras que existen calambres y otros signos paratiroideos, siendo la atrofia del tejido celular subcutáneo muy notable. Finalmente se hace el diagnóstico con las úlceras variosas y post-flébíticas, según la forma de comienzo, el tipo del dolor y la influencia del calor y del frío.

El tratamiento local recomendado por los autores se basa sobre el uso del violeta de genciana y el injerto de piel en los casos indicados. Aconsejando, teniendo en cuenta el tratamiento del factor isquémico, el reposo en cama, la administración de histidina y acido ascórbico, asi como la gangliectomía lumbar.

Voies d'acces pour l'application du pneumomédiastin. — (Vias de acceso para la aplicación del neumomediastino)

R. PAOLUCCI DI VALMAGGIORE y Elio GIACOBINI (Roma)

LA PRESSE MEDICALE, 59: 1222, 1951.

Los autores describen su estudio previo y los experimentos relativos a las varias vías que se pueden usar para aplicar el neumo-mediastino.

Las conclusiones de éste trabajo son las siguientes:

1o. El gas introducido en el mediastino anterior, aún si su volumen es inferior a 300 cm3, pasa pronto o tarde al mediastino posterior, siendo el pasaje inmediato si se aumenta el volumen del gas.

2o. El gas introducido en el mediastino posterior pasa siempre al mediastino anterior.

3o. La vía más indicada para la obtención de un neumo-mediastino posterior es la posterior para- —vertebral, infra— o para — aponeurótica, que no presenta ningún peligro.

4o. El tejido celular laxo, situado detras de la aponeurosis del cuello, los tejidos laxos retromediastinales del torax y retroperitoneales del abdomen y de la pelvis, estan en comunicación directa uno con otro, de tal manera que el gas, sin prejuzgar el punto de su introducción, desde que pasa cierto volumen, se extiende a las regiones superior é inferior .Es fácil de comprender, logica y experimentalmente, que la visualización contrastada es más completa cerca del lugar donde se ha introducido el gas.

Para poner en evidencia el espacio situado detras del esófago cervical, la laringe, la tiroides, los bocios retroesternales, los divertículos faringo-esofágicos, se elegirá, como punto de introducción, una zona para-raquidea cervical.

Para los órganos del mediastino anterior se puncionará, con una aguja curva, en la fosita supra-esternal; para los del mediastino posterior se practicará una punción paravertebral a nivel de la octava vértebra dorsal, dirigiendo la aguja directamente contra la vértebra é introduciendo el aire bajo la aponeurosis que la recubre.

De esta manera, si se inyecta una cantidad de gas mayor — que los autores consideran que se puede alcanzar 1,000 cm3, sin ningún peligro— se pondrá en evidencia tanto el diafragma como los órganos situados en la región superior del abdomen: hígado, bazo y riñones. Si se desea poner en evidencia los dos riñones es mejor utilizar la vía paracoxigea de Ruiz Riva, que también se indica para los órganos contenidos en la pelvis.

La ligature lente dans le traitement de l'anévrisme. — (La ligadura lenta en el tratamiento del aneurisma)

I. BOEREMA (Amsterdam)
LA PRESSE MEDICAL, 59: 1205, 1951.

El autor estudia en su artículo la forma de evitar los inconvenientes de la ligadura de los vasos arteriales por el método ordinario, que se deben a que ésta es total y definitiva, de un golpe, con todos los peligros consiguientes.

Le parece al autor que si se pudiera hacer mucho más lentamente la ligadura de una gruesa arteria se la efectuaría con más seguridad si, por ejemplo, el cierre total pudiera ser obtenido después de diez o catorce días. Las colaterales tendrian entonces el tiempo nece-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

sario para desarrollarse al máximo. Además, si se produjeran graves trastornos circulatorios en el territorio de la arteria, la ligadura podría ser retirada sin lesión del vaso siempre que la ligadura no haya sido total.

El autor ha conseguido este propósito, primero en experiencias en perros, por intermedio de tallos de laminaria colocados dentro de un saco impermeable y adosados contra la pared de la arteria. Los tallos de laminaria se humedecen lentamente por medio de un hilo de seda que atraviesa el saco impermeable y que, al aumentar de volumen progresivamente, cierra poco a poco la luz del vaso.

El autor relata a través de la exposición de un caso personal, la forma con la cual ha podido utilizar éste método en un caso de aneurisma de la arteria poplítea con notable resultado.

El Valor del Eléctrocardiograma en el Diagnóstico de las Cardiopatrias.

ELIAS LAVIA

"EL DIA MEDICO", 80: 3653, Novbre - 1947.

En el ambiente clínico general, hay conceptos un tanto confusos respecto al papel del electrocardiograma (E. C. G.) en el diagnóstico y pronóstico de las enfermedades cardiovasculares. La vieja escuela raras veces toma en serio al E. C.G., la moderna le da una importancia exagerada, "considerándolo como una especia de árbitro inapelable en toda situación cardiaca dudosa". Es oportuno que se haga un poco de luz sobre bre este punto tan importante.

El E. C. G. es patognomónico en la dextrocardía y en el infarto del miocardio típico; en la primera ofrece una imágen "en espejo", en el segundo las alteraciones son muy caracteríisticas, sin embargo, según raras observaciones, en algunos casos de neumotórax izquierdo espontáneo el E. C. G. ofrecía imágenes parecidas a las del infarto agudo del miocardio, y, un infarto del miocardio puede resultar con un E. C. G. mudo, aún en sus múltiples derivaciones.

El E. C. G. es patognomónico en la dextrecardia y corazón. En muchos casos de reumatismo cardiaco evolutivo, de hipertensión arterial, de esclerosis coronaria, de distintas lesiones valvulares, se presenta un E. C. G. completamente normal. Por otra parte existe toda una serie de afecciones cardiacas en cuyo diagnóstico desempeña un papel preponderante, como en coronaropatías crónicas, en estados agudos y crónicos del miocardio, del pericardio y sobretodo en las arritmias.

Las arritmias desde el punto de vista didáctico se dividen en clinicas y electrocardiográficas, de estas hay algunas que clinicamente casi no parecen tales, como el bloqueo de rama derecho e izquierdo, el sindrome electrocardiográfico de Wolf, Parkinson y Waite, el bloqueo de primer grado, el ritmo nodal. También es una arritmia puramente electrocardiográfica la alternancia eléctrica en oposición a la alternancia clínica del pulso, o sea alternancia mecánica del ventrículo izquierdo.

Generalizando, se puede afirmar que toda arritmia que no afecta la regularidad o igualdad de las contracciones ventriculares y por tanto del pulso radial, no está sujeta al diagnóstico clínico, como el bloqueo aurículo ventricular incompleto, siempre que el ritmo ventricular resulte regular, como en el bloqueo 2:1. con frecuencia que no sea demasiado lenta para no despertar sospecha respecto del mecanismo del ritmo, el aleteo auricular con ritmo 4:1, o sea que si el ritmo auricular es de 300 al minuto, el ventricular es de 75 o sea un ritmo normal, aparentemente. Aún la disociación aurículo ventricular incompleta, con frecuencia ventricular rápida, puede pasar desapercibida clinicamente.

La arritmia clínica más común es la respiratoria, llamada por Wenckebach "arritmia juvenil", es fisiológica. Entre las arritmias clínicas, quizás la más frecuente es la extrasístólica.

En las taquicardias y en las bradicardias, es muy importante el recurso electrocardiográfico; establece el diagnóstico entre la taquicardia sinusal, paroxística, auricular, ventricular, el aleteo o fluther, la fibrilación la bradicardia sinusal y la bradicardia por disociación aurículo ventricular.

En las afecciones de orígen toxi-infeccioso y sobretodo anoxémico, las alteraciones electrocardiográficas pueden interesar todo el complejo ventrícular QRST o bien parte del mismo; ya se ha señalado el infarto agudo o crónico del miocardio, en el angor ayuda a diferenciar si se trata de esclerosis coronaria o de astenia neurecirculatoria. Un E.C.G. normal, no excluye anomalías de las coronarias, pero uno anormal en algunas de sus derivaciones puede indicar el estado patológico del corazón.

La desviación del eje eléctrico a la derecha, está en relación con la estrechez mitral, enfisema, lesiones congénitas, etc; la desviación a la izquierda se encuentra en los hipertensos, aortícos etc.

El E. C. G. es un documento muy útil y a veces indispensable en el diagnóstico correcto de las cardiopatías Sin embargo los datos semiológicos y la interpretación clínica constituyen siempre la base principal sobre la que debe descansar el diagnóstico clínico.

El abuso del reposo en cama en el tratamiento del infarto del Miocardio.

EL DIA MEDICO, 49:2094, Agosto 1951

Irvin y Burgess, señalan las últiples desventajas de la posición acostada.

Los autores creen que un reposo en cama de dos semanas con restricciones razonadas y bien explicadas y posiblemente algunas aonseciones en lo que se refiere a la toilette del enfermo al lado de la cama, basta en la mayoría de los casos. Aún en este periodo puede conservarse una cierta actividad. Luego si no hay contraindicaciones, se le permitirá al paciente gradual y progresivamente caminar, de manera que al cabo de cuatro semanas haya recuperado su tolerancia anterior al ejercicio.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Anemia Aplástica después de tratamiento prolongado con Cloromicetina.

LINCOLD E. Wilson y colaboradores.

J. A. M. A. 149:231 Mayo 1952.

Los autores encontraron dos casos de anemia aplástica después de administración prolongada de cloromicetina, uno de los cuales terminó fatalmente. En un estudio sobre los efectos de la cloromicetina en el control bacteriostático de supuraciones pulmonares crónicas, 62 pacientes recibieron la droga en períodos que variaron de 1 a 14 meses. Los dos enfermos que presentaron anemia aplástica, habían sido tratados con un gramo de cloromicetina, dos veces a la semana por 26 y 28 semanas aproximadamente, con una dosis total de 52 y 56 gramos, cuando se presentaron los primeros signos de hemorragia. Hacen referencia a otros cinco casos de efectos hematológicos posteriores a tratamiento con cloromicetina, descritos en la literatura. Recomiendan ciertas precauciones que parecen definitivamente indicadas durante la administración de cloromicetina, tales como recuentos sanguineos bisemanales incluyendo estudio de los frotis teñidos. Sugieren más observaciones sobre los efectos hematológicos de la cloromicetina.

Observaciones sobre el uso de Aureomicina en el tratamiento de Poliomielitis Anterior Aguda.

ERICH WEIS y BURTON J. WINSTON.

Illinois Medical Journal 98: Julio 1950.

Se presenta un análisis de 52 casos de poliomielitis. 4 de los casos no recibieron aureomicina; 32 casos recibieron menos de 2 gramos por día; y 16 casos recibieron 2 gramos o más de aureomicina por día. Hubo una diferencia significativa estadisticamente en la tasa de recuperación de los casos paralíticos y en la duración de la fiebre entre aquellos que recibieron dosis adecuadas de aureomicina y los no tratados con la droga o tratados con dosis aparentemente insuficientes. De los 32 pacientes que recibieron menos de 2 gramos de aureomicina al día, 24 recuperaron, 7 quedaron con parálisis residuales, y 2 de polio bulbar murieron. Este grupo muestra un coeficiente de recuperación de 75%. De los 16 pacientes que recibieron 2 o más gramos de aureomicina al día, 14 recuperaron completamente y 2 quedaron con parálisis residual, lo que representa un coeficiente de recuperación de 87.5%. Hubieron 4 casos, incluyendo uno de forma bulbar, que no recibieron aureomicina; ninguno recuperó completamente. Por supuesto que los autores consideran este último grupo muy pequeño para tener valor estadístico. Con la dosis de 2 gramos o más de aureomicina la duración de la fiebre fué alrededor de la mitad de lo encontrado en los casos tratados con menos de 2 gramos o no tratados.

L'ostéomyélite aigue. — Sus lesions et son traitement. — (La osteomielitis aguda. Sus lesiones y su tratamiento.) — J. Trueta (Oxford)

LA PRESSE MEDICALE. 59:1209. 1951.

El A. ha efectuado un estudio sobre 100 casos de ostéomielitis aguda. Solo considera en éste estudio aquellos casos que reunen las siguientes características: 1o. cuadro clínico típico de osteomielitis hematógena aguda; 2o. cultivo positivo de la sangre y de los liquidos extraidos de la región enferma y 3o. radiografías características de la enfermedad. Después de una minuciosa y detallada observación de estos casos, que fueron operados la mayoría, concluye que la formación de los secuestros corticales y aún de la esclerosis oseosa persistente, tiene por causa una isquemia de la cortical producida principalmente por la trombosis inicial de la arteria nutricia o de una de sus ramas principales y, en segundo lugar, por el desprendimiento del periostio por la colección purulenta sub-perióstica, interrumpiendo de esta manera, su circulación sanguinea.

Señala el esquema de tratamiento seguido en el Hospital Ortopédico de Wingfield-Morris, en estos enfermos, por medio de la penicilina a dosis altas —1'000.000 unidades Oxford diariamente controlada por la velocidad de sedimentación—. En aquellos casos en que después de 20 días de penicilinoterapia en la forma indicada, la velocidad de sedimentación no baja a los limites normales y donde existe una colección purulenta, debe recurrirse a la intervención quirúrgica.

La intervención quirúrgica debe teneder a:

—la evacuación lo más completa posible del pus.

—la reposición del periostio en contacto del huero;

—disminuir la tensión intra-ósea.

Para ello considera los siguientes puntos:

1o. Se usará un torniquete para conseguir un campo operatorio seco;

2o. Se puncionara —antes de operar— el liquido que exista eventualmente en la articulación;

3o. La incisión será centrada por el punto de mayor sensibilidad; y será lo bastante amplia para una buena observación del hueso;

4o. Se evacuará lo más completamente posible el pus de los tejidos que rodean al hueso;

5o. El hueso será perforado por lo menos en dos sitios. Si se encuentra pus se practicaran nuevos orificios a lo largo del hueso a fin de delimitar la colectión purulenta, debiendo detenerse en los limites de la epifisis o de la capsula articular;

6o. La incisión será cerrada con puntos separador y sin dejar drenaje. No se practicaran suturas en profundidad, a menos que alguna disposición anatómica particular lo exiga, y en estos casos se empleará el catgut de preferencia a la seda;

7o. El miembro será colocado en elevación e inmovilizado de tal manera que sea facilmente examinado.

El A. presenta después varios cuadros referentes a los resultados obtenidos en este 100 enfermos con el tratamiento indicado, que son verdaderamente magníficos, y que no parecen justificar el pesimismo existente en muchos servicios después de tratamiento con la penicilina únicamente. Termina diciendo; "espero que con la asociación de la penicilina, de la cirugía precoz y de la inmovilización, en el tratamiento de ésta enfermedad, no habrá razón para éste pesimismo".

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

PRESENTANDO

Elíxir COFRÓN 12

MARCA REGISTRADA

nueva fórmula mejorada, para el tratamiento de anemias secundarias y nutricionales.

DOS CUCHARADAS (30 cm.³) DIARIAS DE ELÍXIR COFRÓN 12, DOSIS MEDIA EN EL ADULTO, SUMINISTRAN:

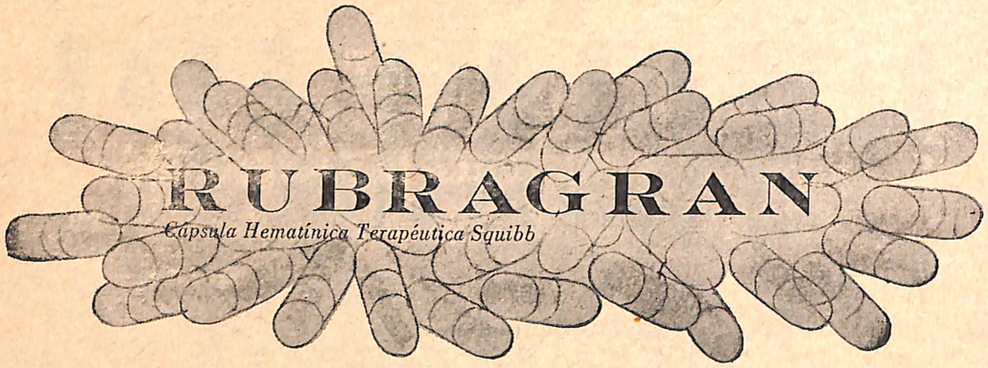
Citrato de hierro amoniacal . . . . . 1,15 gm.
(equivalente a unos 200 mg. de hierro metálico)
Sulfato de cobre . . . . . 10,8 mg.
(equivalente a 2,66 mg. de cobre metálico)
Vitamina B_{12} (concentrado) . . . . . 6 mcg.
Fracción hepática (alcohólico-soluble) . . . 2 gm.

Se expende en frascos de 120, 240 y 360 cm.³

ABBOTT LABORATORIES DEL PERU, S. A.
Avenida Brasil 2726-40 • Apartado No. 2402 • Lima

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

¡Nuevo hematínico oral!



RUBRAGRAN es un hematínico verdaderamente terapéutico que suministra altas dosis de cuatro factores fundamentales para la producción normal de hematíes.

FORMULA	1 cápsula suministra:	1 cápsula tres veces al día suministra:
Vitamina B_{12}	25 mcgm.	75 mcgm.
Acido fólico	1,67 mg.	5 mg.
Acido ascórbico	100 mg.	300 mg.
Hierro (elemental),	67 mg.	200 mg.
(como sulfato ferroso desecado)	230 mg.	690 mg.
Hígado desecado (como agente estabilizante)	100 mg.	300 mg.

Frascos de 25 cápsulas

La verdadera anemia perniciosa addisoniana no debe tratarse con preparaciones orales. Deben emplearse por vía parenteral RUBRAMINA, RULIVAN, RUBRAFOLIN INYECTABLE, o HIGADO INYECTABLE.

SQUIBB

"RUBRAGRAN", "RULIVAN", "RUBRAMINA" Y "RUBRAFOLIN" SON MARCAS DE E. R. SQUIBB & SONS

A 669-7

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Novedad.....!

VITAMINOTERAPIA A en dosis masiva

EPITELIOL

(BEBIBLE)

Frasco ampolla de 10 cc. contenido:

0 grms. 10 de VITAMINA A

equivalentes a 100.000 Unidades Internacionales

MAXIMA ASIMILACION

PERFECTA EMULSION

GUSTO AGRADABLE

INDICACIONES: Todas las de la Vitamina "A"

PRESENTACION: Caja de Un frasco - ampolla

MUESTRAS Y LITERATURA:

Spedrog Peruana S. A.

Edifc. Cía. de Seguros Rímac: Núñez 221 — Oficinas: 511 - 502

L I M A

Representante para la zona Sur: **PEDRO VARGAS**

Distribuidores: **Sres DUNCAN FOX & CIA.** - Sección Especialidades

Edificio BENAVIDES — TELEFONOS: 2802 - 3645

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ACTHAR

LA HORMONA
ADRENOCORTICOTROPA
DE ARMOUR

SE ENCUENTRA YA DISPONIBLE PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES AMBULATORIOS

ACTHAR, la hormona adrenocorticotropa (ACTH) de ARMOUR se puede usar ahora en el tratamiento de pacientes ambulatorios sin el requisito de la hospitalización. El producto puede prescribirse libremente por los señores médicos, y los pacientes pueden obtenerlo por conducto de droguerías y farmacias.

ACTHAR es el producto a seleccionar por su definida acción fisiológica. ACTHAR estimula a la corteza suprarrenal haciendo que ésta, a su vez, segregue toda la gama de corticoides adrenales sin producir atrofia adrenal.

ACTHAR se ofrece en concentraciones de 10, 15, 25 y 40 y mg. por frasquito, en cajas de 10 frasquitos solamente.

THE ARMOUR LABORATORIES
CHICAGO 11, ILLINOIS, U. S. A.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

PRODUCTOS FARMACEUTICOS

Meister Lucius

NUESTROS LABORATORIOS PONEN NUEVAMENTE A DISPOSICION DEL DISTINGUIDO CUERPO MEDICO PERUANO LOS SIGUIENTES PRODUCTOS DE FAMA SECULAR, PRESTIGIADOS POR SU ALTA CALIDAD Y PUREZA

RECIEN LLEGADOS DE ALEMANIA

NEO-SALVARSAN

CANTAN
DEVEGAN
GARDAN
LUBISAN
NOVALGINA
NOVALGINA-QUININA
PANFLAVINA
PIRAMIDON
RIVANOLETAS
TICARDA
TIFORAL
TONOFOSFAN
OMNADINA

etc: etc.

PRODUCTOS ORIGINALES

FARBWERKE HOECHST

vormals Meister Lucius & Brüning

FRANKFURT (M) - HOECHST / ALEMANIA.

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS EN EL PERU

TRANSMARES S. A.

EDIFICIO FEDERICI 5º PISO
PASAJE ENCARNACION 115
TEL. 37624 - CASILLA 1857
L I M A

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ENRIQUE W. GIBSON LTDA.

OFICINA PRINCIPAL: AREQUIPA

Calle Merced No. 110 -- Casilla No. 10

Oficina en Lima: Edificio Rimac 2do. piso

SUCURSALES:

ABANCAY

AYAVIRI

PUNO

CUZCO

MOLLENDO

CAMANÁ

SICUANI

JULIACA

TACNA

Con Departamento de

Drogas, Productos Quimicos y Materiales Quirúrgicos

al servicio del Honorable Cuerpo Médico

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Sedotropina

METIL BROMURO DE LA HOMATROPINA

GOTAS

ANTI-ESPASMODICO

HEPAX - 12

ANTIANEMICO

EXT. HIGADO	15 U.
VITAMINA B-12	30 MICRG.

LABORATORIOS

Cipa S. A.

La Colmena.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera